Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 20. 14. Mai. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der hygienischen Station am Operationscurs für Militärärzte in München.

Ueber gasförmige antiseptische Wirkungen des Chloroform, Formaldehyd und Creolin.

Von *H. Buchner* und *M. Segall.*

In einer Mittheilung »über die Einwirkung der Jodoform-Dämpfe auf den Cholera Vibrio«[1]) war durch den Einen von uns gezeigt worden, dass flüchtige Antiseptica unter Umständen bis auf eine beträchtliche Tiefe in starre 10 procentige Nährgelatine durch Diffusion eindringen und die Entwicklung dort ausgesäter Keime zu verhindern vermögen. Durch eine ebenfalls aus dem hiesigen Laboratorium hervorgegangene Arbeit von Riedlin[2]) war dann diese Beobachtung erweitert, und für eine Reihe anderer Stoffe in ähnlicher Weise der Sachverhalt ermittelt worden. Im Anschlusse hieran seien hier einige analoge Versuche mitgetheilt mit Chloroform, Formaldehyd und Creolin.

Von Chloroform war uns die mächtige antiseptische Einwirkung in Dampfform schon aus den früheren Versuchen bekannt. Seitdem ist durch Salkowski die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Chloroformwassers als Antisepticum gelenkt worden.[3]) Die gegenwärtigen Versuche bestätigen auf's neue die starke antiseptische Wirkung der Chloroformdämpfe und das hochgradige Durchdringungsvermögen derselben für wasserhaltige Substanzen. Neben dem Chloroform prüften wir das Formaldehyd, von dem O. Löw angegeben hat, dass es als allgemeines Zellgift Beachtung verdiene. Eine praktische Bedeutung kann letzterem Stoffe allerdings vorerst nicht zuerkannt werden. Als dritte Substanz verwendeten wir zu den Versuchen das Creolin (Pearson u. Cie.), dessen antiseptische Wirkung in wässeriger Emulsion nach unseren Erfahrungen und nach denen anderer Beobachter als eine sehr kräftige zu bezeichnen ist. Es sei gestattet, in Kürze hierüber einiges aus unseren bezüglichen Versuchen im Voraus anzuführen.

Milzbrandsporen wurden an Seidenfäden angetrocknet und dann in 3 proc. wässerige Creolinemulsion eingelegt. Nach 24 und 48 Stunden erwiesen sich diese Fäden bei Verimpfung auf Mäuse völlig wirksam und auf Agar entwickelten sich die Milzbrandsporen in normaler Weise. Aber schon nach 3 tägigem Einliegen wurde das Resultat der Verimpfung schwankend, und nach 5 Tagen hatten die Impfversuche keinen Erfolg mehr, und auch auf Agar trat keine Entwicklung aus den Sporen mehr ein. Es stimmt dieses Ergebniss ganz gut mit jenem von andern Beobachtern.

Die antiseptische Wirksamkeit des Creolin wurde ferner constatirt durch Auftragen desselben in Substanz in Form eines 0,5 cm breiten Streifens auf Gelatineplatten (10 Proc.), die mit Reinculturen bestimmter Bacterien inficirt resp. gemischt waren. Eine Platte, die mit einem typhusähnlichen Bacillus besät worden war, zeigte auf 1½ cm zu beiden Seiten des Creolinstreifens vollständige Unterdrückung der Colonienentwicklung. Eine mit Choleravibrio besäte, ebenso behandelte Platte zeigte überhaupt gar kein Wachsthum, während die zugehörige Controlplatte reichliche Entwicklung ergab. Ebenfalls völlige Behinderung der Entwicklung trat ein bei Staphylococcus pyogenes aureus. Am 4. Tag war die Controlplatte hier bereits verflüssigt, während auf der Creolinplatte noch absolut nichts gewachsen war.

Diese Versuche liessen schliessen, dass gewisse, im Creolin enthaltene Stoffe von antiseptischer Wirksamkeit durch Diffusion in die 10 proc. Gelatine einzudringen vermögen. Es fragte sich nun, ob das Creolin auch flüchtige Substanzen von genügender antiseptischer Wirksamkeit enthält.

Die Methode dieser Versuche war die nämliche, die früher von dem Einen von uns zur Untersuchung der gasförmigen Wirkung des Jodoforms angewendet worden ist. Auf die dort gegebene Abbildung (s. 1887, Nr. 25) sei zur leichteren Orientirung wieder hier verwiesen. Eine Gelatineröhre (1,0 Pepton, 8,0 Gelatine, schwach alkalisch) wird verflüssigt, mit der betreffenden Bacterienart inficirt, gemischt und wieder erstarren gelassen. Dann wird in diese Röhre ein engeres kurzes, mit Chloroform- etc. gefülltes Röhrchen so eingehängt, dass dessen offene Mündung ca 6 cm über der Oberfläche der Gelatine steht. Schliesslich wird mit einem gut schliessenden Wattepfropf verschlossen und das Röhrchen im Thermostat bei 22° C. beobachtet. Die eintretende antiseptische Wirkung der Dämpfe zeigt sich dann darin, dass eine Schichte der Gelatine von gewisser Höhe steril bleibt, während in der Tiefe die Entwicklung der Colonien in normaler Weise erfolgt. Bei jedem Versuch wurde gleichzeitig eine Controlröhre beobachtet, in welche kein Chloroform- etc. Röhrchen eingehängt wurde. Hier erfolgte stets normale Entwicklung der Colonien bis an die Oberfläche der Gelatine.

Eine zweite Reihe von Versuchen wurde mit sehr schwach alkalischer Fleischpepton-Glycerinagar bei 37° C. durchgeführt (1,0 Pepton; 6,0 Glycerin). Hier wurde das Nährsubstrat nicht mit den Keimen gemischt, sondern letztere wurden einfach auf die Oberfläche der schief erstarrten Agar in gewöhnlicher Weise aufgestrichen, und dann die mit Chhloroform etc. gefüllten Röhrchen eingehängt. Die Einwirkung der Dämpfe war bei dieser Versuchsanordnung unmittelbarer, dafür aber auch die Wachsthumsbedingungen für die Bacterien durch Sauerstoffzutritt und höhere Temperatur weit günstiger.

[1]) S. diese Wochenschrift 1887, Nr 25.

[2]) Versuche über die antiseptische Wirkung des Jodoforms, der ätherischen Oele und einiger anderer Substanzen und über das Eindringen gasförmiger Antiseptica in Gelatine. Archiv für Hygiene. Bd. VII. 1887.

[3]) Salkowski, Ueber die antiseptische Wirkung des Chloroformwassers. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1888. Nr. 16.

Bacterien-Art	Chloroform		Formaldehyd		Creolin	
	FP Gelatine 22° C.	FPGly Agar 37° C.	FP Gelatine 22° C.	FPGly Agar 37° C.	FP Gelatine 22° C.	FPGly Agar 37° C.
Staphylococcus pyogenes aureus	Schichte von 15 mm steril	—	Schichte von 5 mm steril	Geringe hemmende Wirkung	Schichte von 2 mm steril	Geringe hemmende Wirkung
Bacillus prodigiosus	—	—	—	Geringe hemmende Wirkung	Geringe Hemmung, Verflüssigung, aber keine Farbstoffbildung	Geringe hemmende Wirkung
Pneumonie-Bacillus (Friedländer)	Schichte von 15 mm steril	—	Schichte von 10 mm steril	Starke hemmende Wirkung	+	+
Bacterium coli commune	8 mm steril	—	6 mm steril	Geringe hemmende Wirkung	+	+
Typhus-Bacillus	15 mm steril	—	18 mm steril	Starke hemmende Wirkung	+	Geringe hemmende Wirkung
Typhusähnlicher Bacillus aus Dejection	14 mm steril	—	8 mm steril	Geringe hemmende Wirkung	+	Geringe hemmende Wirkung
Bacillus foetidus	15 mm steril	—	7 mm steril	Geringe hemmende Wirkung	Geringe hemmende Wirkung	+
Bacillus pyocyaneus	—	—	—	Geringe hemmende Wirkung	Geringe hemmende Wirkung	+
Milzbrand-Bacillus	15 mm steril	—	12 mm steril	—	Geringe Hemmung; keine Verflüssigung	Geringe hemmende Wirkung
Cholera-Vibrio	15 mm steril	—	8 mm steril	Geringe hemmende Wirkung	8 mm steril	Starke hemmende Wirkung
Vibrio Proteus (Finkler-Prior)	9 mm steril	—	6 mm steril	Starke hemmende Wirkung	4 mm steril	Geringe hemmende Wirkung
Käse-Spirillum (Denecke)	—	—	4 mm steril	Starke hemmende Wirkung	Geringe Hemmung: keine sterile Schichte	Starke hemmende Wirkung

— bedeutet völlige Aufhebung des Wachsthums; + bedeutet völlig ungehindertes Wachsthum

Chloroform und Creolin wurden unverdünnt angewendet, Formaldehyd in 10 proc. Lösung, weil es schwierig ist, Formaldehyd in concentrirtem Zustand darzustellen. Die Resultate der Versuche wurden nach 8 tägiger Beobachtung verzeichnet. Dieselben sind in vorstehender Tabelle zusammengestellt.

Diese Tabelle bedarf kaum einer Erläuterung. Dieselbe lehrt eine ausserordentlich starke antiseptische Wirkung der Chloroformdämpfe, und zwar beinahe gleichmässig auf alle geprüften Bacterienarten. Es wäre nicht unmöglich, dass hieraus unter Umständen praktisch Nutzen gezogen werden könnte. Am stärksten, geradezu absolut hemmend äusserte sich diese Wirkung auf die Agaroberfläche resp. die dort ausgesäten Bacterien. Aber auch in die Gelatine hinein erfolgte eine hemmende Wirkung meist bis zur Tiefe von 15 mm. Bei ausgesprochen aërobischen Arten, die vorzugsweise nur in den oberen Schichten sich zu entwickeln vermögen (Bacillus prodigiosus, pyocyaneus, Käsespirillum) führte dies zu völliger Aufhebung des Wachsthums.

Sehr beachtenswerth erscheint ferner die antiseptische Wirkung der Dämpfe von Formaldehyd, umsomehr als die Substanz nur in 10 proc. Lösung zur Anwendung kam. Auch für die Bacterienzelle bewährt sich somit diese Substanz als ein Giftstoff.

Was schliesslich das Creolin betrifft, so vermochten dessen Dämpfe im Allgemeinen nur eine geringe antiseptische Wirkung auszuüben. Beachtenswerth ist dieselbe nur beim Staphylococcus p. aureus, beim Choleravibrio nnd Vibrio Proteus. Immerhin ist die gasförmige antiseptische Wirkung des Creolin's weit stärker als jene der Carbolsäure, deren Dämpfe nach den früheren Untersuchungen auf Gelatineculturen des Choleravibrio gar keine hemmende Wirkung übten.

Ueber die Massagebehandlung der chronischen Typhlitis und Perityphlitis.

Von Dr. *Georg Hünerfauth*, Besitzer der Wasserheilanstalt zu Bad Homburg.

Seit einer erst kurzen Reihe von Jahren wird das jetzt so vielbesprochene Heilmittel, die Massage, ausser bei chirurgischen Fällen, zu denen insbesondere die Gelenkkrankheiten gerechnet werden, auch bei anderen Erkrankungen, so namentlich bei solchen der Unterleibsorgane wissenschaftlich angewandt und empfohlen. Schwache Versuche, denen die physiologische Grundlage meist fehlte oder nichtärztliche Manipulationen, wie sie schon seit weit zurückreichenden Jahren ausgeübt wurden, waren nicht im Stande, unserer mechanischen Behandlungsmethode eine feste Grundlage zu geben; es gehörte dazu auch ein gründlicher Einblick in die physiologischen und pathologischen Verhältnisse der zu behandelnden Organe, um über den therapeutischen Effect hinaus ein richtiges Verständniss der Wirkungen des Heilmittels zu gewinnen, und dies war nur mit den grossartigen Fortschritten der physiologischen und pathologischen Forschung unserer Zeit möglich geworden.

Wenn der Arzt aus wissenschaftlichem Antrieb einer guten Sache auf den Grund geht, uns über neue Erscheinungen belehrt und dem Patienten durch den Fortschritt Hilfe bringt, so verdient er Anerkennung und Aufmunterung; zugleich soll darin aber auch ein Stimulus gelegen sein für jene, die einer bewährten Methode noch nicht näher getreten sind. Ein erfreuliches Zeichen für die solide wissenschaftliche Entwickelung der Massage erblicke ich in dem wachsenden Interesse der Berufsgenossen nicht nur für die Anwendung derselben in geeigneten Krankheitsfällen, sondern auch in dem Studium ihrer physiologischen Erscheinungen. Es gab Zeitperioden, wo es nicht »fashionable« war, von Massage zu schreiben, zu sprechen oder sie gar in Hospitälern oder Kliniken anwenden zu lassen; die Heilgymnastik, deren passive Bewegungen die eigentliche Massage ausmachten, wurde zwar nicht ganz verworfen, dennoch aber mehr in die Turnanstalten, resp. gymnastischen Institute verwiesen. Wir besitzen aus solchen zum Theil recht brauchbare Berichte, immer aber war man, namentlich »höheren Orts« nicht sehr geneigt, denselben einen wissenschaftlichen Werth beizumessen. Vielfach vorgekommene Ueberschreitungen in der wissenschaftlichen Leitung und Leistung solcher Institute durften allerdings nicht unerwähnt bleiben.

Die Begriffe von den Wirkungen der Mechanotherapie sind in unseren Tagen lichter geworden und nicht gering ist die Zahl der Aerzte geblieben, die im gegebenen Falle nicht nur eine richtige Anweisung zu der einen oder anderen mechanischen Behandlungsmethode, sondern auch für eine geschickte Combination der einzelnen unter sich zu ertheilen vermögen. Zur lebhaften Illustrirung meiner Behauptungen dienen nicht wenig die aus den achtbarsten Berufskreisen stammenden Mittheilungen von höchst ermunternden Resultaten auf dem vorliegenden Gebiete; allerdings sind darin mehr die übrigen Störungen der

Verdauungsorgane, als gerade Typhlitis und Perityphlitis berücksichtigt worden, aber wir ersehen daraus, dass sich die Einsicht in die therapeutischen Ergebnisse der Unterleibsmassage erfreulich geklärt hat und dass der früher ängstliche Arzt, den trotz aller Anerkennung der Heilmethode noch eine gewisse Besorgniss beschlich, jetzt selber mit Vergnügen Hand anlegt, von der Gewissenhaftigkeit getrieben, in schweren Fällen den frechen Pfuscher von der Kunst und Uebung erheischenden Behandlung fern zu halten. Möge der geneigte Leser recht ernsthaft die 12. Nummer der »klinischen Vorträge« v. Ziemssen's über die physikalische Behandlung chronischer Magen- und Darmkrankheiten studiren; er wird in dieser frisch geschriebenen, vorzüglichen Arbeit zugleich den gewaltigen Umschwung in der Therapie erkennen; was früher noch als eine therapeutische Sünde hätte angesehen und zurückgewiesen werden müssen, wird jetzt von der Cathreda aus gepredigt und empfohlen.

Um die Massagebehandlung bei den uns beschäftigenden Krankheiten leichter begreiflich zu machen, erscheint es mir zweckmässig, die acuten Entzündungszustände des Coecums, des Processus vermiformis, sowie des beide Darmtheile umgebenden Peritoneums in Kürze zu recapituliren. Es kommt mir dabei weit weniger auf die ätiologischen Momente an, als vielmehr auf jene pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche so gerne in den Zustand der Chronicität übergehen; von den Symptomen sollen gleichfalls nur diejenigen gestreift werden, welche, nach Ablauf der Acuität des Processes sich erhaltend, die charakteristischen Erscheinungen der chronischen Typhlitis und Perityphlitis darstellen; eine besondere Würdigung werden sie wohl noch erfahren, wenn es gilt, die Wirkungen der Massagemanipulationen besonders hervortreten zu lassen.

Die Ursache der Typhlitis ist gewöhnlich eine mechanische; die Kothmassen bleiben wegen Erschlaffung der Darmmusculatur, wegen chronischen Katarrh und Lageveränderungen des Darms etc. zu lange Zeit im Blinddarm liegen, woselbst sich bei öfterer Wiederholung heftiger Katarrh einstellt oder der vorhandene exacerbirt; Geschwüre können sich entwickeln, die Darmwand verdickt sich bei ausgedehnter Erweiterung; dieselben Erscheinungen werden auch durch Fremdkörper, wie Obstkerne u. dergl., mit der Nahrung in den Blinddarm eingeführt, hervorgerufen.

Im Processus vermiformis sind es desgleichen Fremdkörper, vornehmlich Kothsteine, welche Ulcerationen bewirken, die nicht selten die Wandung durchbrechen und zu den gefährlichsten Erscheinungen führen können. Die Literatur über diesen Gegenstand ist ziemlich reichhaltig und ungemein interessant.

Das Bindegewebe hinter dem Coecum (retroperitoneal), welches der Fascia iliaca aufliegt, kann von einer Entzündung betroffen werden, die wohl zumeist an eine solche des Coecum sich anschliesst, sich aber auch durch äussere Einwirkungen und Erkältungen entwickelt; auch entfernter gelegene Processe, sowie in der Nähe auftretende Peritonitis, können sie veranlassen. Einzelne Autoren haben diesen Process der localisirten Entzündung im retrocoecalen Bindegewebe als einen auch selbstständig mit genauer fixirten Symptomen auftretenden angesehen und ihn als Paratyphlitis beschrieben. Analog den anatomisch genau trennbaren Befunden und nicht selten diagnostisch erkennbaren Erscheinungen im Parametrium und Perimetrium sollten auch die Processe im Blinddarm und besonders um denselben herum sorgfältiger studirt und die Ergebnisse dieser Untersuchungen eventuell therapeutisch verwerthet werden.

Als Perityphlitis galt die Entzündung des die Regio coecalis bedeckenden Peritoneums; sie geht meist von der Erkrankung des Processus vermiformis aus, dann aber auch vom Coecum etc., ist auch selbstständig als circumscripte Peritonitis nach Trauma oder Erkältung.

Die Trennung dieser beiden Processe in Para- und Perityphlitis hat jedoch den erwünschten Beifall nicht gefunden; die differentialdiagnostischen Momente sind gar zu häufig den allergrössten Irrthümern unterworfen. Es darf uns gar nicht Wunder nehmen, dass noch zu Anfang unseres Jahrhunderts viele Erkrankungen einzelner Darmtheile selbst mit oder ohne Para- oder Perityphlitis schlechtweg als Zellgewebsentzündungen in der rechten Fossa iliaca beschrieben wurden, allerdings mit dem Bestreben, einzelne Symptome auf beschränktere Stellen, also anatomisch genauer zu localisiren. Interessant in dieser Hinsicht sind besonders die Arbeiten von Puchelt (Heidelberger klin. Annalen VIII. 524), Goldbeck (Ueber eigenthümliche entzündliche Geschwülste in der rechten Hüftbeingegend, Worms 1830), Merling (Diss. sist. processus vermiform. anat. patholog., Heidelberg 1836), Wilhelmi (Diss. de perityphlit., Heidelberg 1837), Volz (Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes, Carlsruhe 1846).

Die noch heute in manchen grösseren Handbüchern beliebte Abtheilung für »Entzündungen in der rechten Fossa iliaca, Typhlitis und Perityphlitis« halte ich in praktischer Beziehung für vollständig gerechtfertigt.

Sind wir bis heutigen Tages auch entschieden weiter gekommen in der Diagnostik und Localisation der Erkrankungen in der rechten Darmbeingrube, so wollen wir uns doch bei complicirter Entwicklung der Processe mit aller Bescheidenheit der Worte Bamberger's erinnern, die er in seiner Abhandlung über die Krankheiten des chylopoetischen Systems (Virchow, Handb. der spec. Pathol. u. Therapie Bd. VI, 1. Abth.) S. 361 ausspricht: ». . . Jeder ohne Ausnahme, dem es um Wahrheit zu thun ist, wird gestehen müssen, dass bei den Symptomen der Entzündungen dieser Gegend der eigentliche Sitz und die Begründung des Leidens häufig dunkel ist, oft erst durch die Erscheinungen des weiteren Verlaufes und den Ausgang, oder selbst gar nicht, zur klaren Einsicht gelangt, sowie es auch a priori schon einleuchten muss, dass Affectionen, deren gemeinsamer Charakter der entzündliche ist, die auf einen so kleinen Raum beschränkt sind, und in vielfacher Abhängigkeit und Verbindungen zu einander stehen, nothwendiger Weise grosse Aehnlichkeit mit einander haben müssen.«

Anatomisch sind die Erscheinungen kurz gefasst folgende: Bei der Typhlitis ist die Entzündung der Darmschleimhaut sehr stark, Muscularis und Serosa oft gleichzeitig stark geschwellt. Die stagnirenden Kothmassen führen zu Ulcerationen, die beim Durchbruch nach der intraperitonealen Seite höchst gefährliche Peritonitis veranlassen. Die Perforationen können indessen im günstigeren Falle durch voraufgegangene Verklebungen resp. Verwachsungen aufgehalten werden.

Häufiger noch ist die Perforation bei Entzündungen des Processus vermiformis; auf den verschiedenartigen Verlauf dieser Perforationen brauche ich hier nicht näher einzugehen; gar seltsam und vielgestaltig sind die Verklebungen und Verwachsungen, die sich durch die secundäre Peritonitis entwickeln.

Bei der Paratyphlitis kommen wandelbare Erscheinungen vor; die mannichfachen Eiterdurchbrüche und Eitersenkungen haben wir ebenfalls nicht weiter zu verfolgen, wir haben es nur mit den Residuen derselben zu thun, deren Behandlung schwere Ansprüche an die Kunst, Erfahrung und Geduld des Arztes stellt.

Die bei der Perityphlitis auftretenden Veränderungen nehmen gleichfalls wechselnden Verlauf und Ausgang; in hohem Grade interessant sind für uns die zahlreichen und verschiedenartigsten Verlöthungen und Verwachsungen mit einzelnen Darmschlingen; die Entzündung ergreift auch nicht selten in grösserer Ausdehnung oder gar vollständig das Bauchfell.

Die Symptome dieser variablen Processe, die übrigens

keineswegs immer gemeinschaftlich auftreten, sind hauptsächlich lebhafte Schmerzen in der Ileocoecalgegend, deutlich sichtbare und fühlbare Geschwulstbildung, Verstopfung, die oft zu Ileus führt, hochgradige Tympanitis und bei acuten Fällen Fieber.

Nach der obigen kurzen Uebersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen fällt es nicht schwer, sich ein Bild von dem chronischen Verlauf derselben zu entwerfen und nach diesem schon im Voraus die hauptsächlichsten Symptome, wie sie einzeln oder gemeinschaftlich auftreten, zu würdigen. Die Schleimhaut des Coecums findet sich und zwar gewöhnlich nicht begrenzt, sondern weit in den Dickdarm hinein, im Zustande eines mehr oder minder heftigen Katarrhs, der gerne mit acuten Nachschüben einhergeht, und mehr mit hochgradiger Obstipation denn mit Diarrhoe verläuft. In meinem Handbuch der Massage habe ich das Procentverhältniss der chronischen Blinddarmentzündung zur Obstipation auf 15 angegeben (S. 113); dazu muss ich bemerken, dass ich in manchen Fällen anatomische Residuen bei selbst sorgfältigster Untersuchung nicht eruiren konnte, da es eben leicht geschieht, dass je nach dem Verlaufe des Processes geringe chronische Adhäsionen etc. sich nicht immer nachweisen lassen Für solche Fälle also, wo Complicationen fehlen, die etwa durch Druck, Verziehung, Verlagerung des Darmes oder gar Verwachsungen, Drehungen u. s. f. hervorgerufen werden könnten, muss die chronische Obstipation in anderen Verhältnissen begründet sein; es muss der Darmkatarrh an sich, vielleicht noch mehr die Schwäche der Darmusculatur verstopfend wirken; der Muskel wurde durch die Stagnation der Faeces erweitert und seine Ernährung musste durch die Entzündung stark gelitten haben; das kurze Rohr bildet oft durch Exsudationen eine starre Masse, abgeheilte Verschwärungen auf der Schleimhaut lassen Narben zurück, die mit den erwähnten Veränderungen den Muskeltonus mehr oder minder vernichten. Körperliche Bewegungen sowohl als die vom Dünndarm zum Dickdarm laufende Peristaltik können an der kranken Stelle die lebhaftesten Schmerzen hervorrufen, welche wiederum jede Einwirkung auf die Fortschaffung der fäcalen Ansammlungen im Coecum behindern oder geradezu aufheben. Zur Verschlimmerung dieser üblen Umstände trägt noch die böse Gewohnheit fast continuirlicher Anwendung drastischer Abführmittel bei. Kurz, in einer grossen Zahl von Fällen wird uns der Patient mit chronischer Typhlitis und Perityphlitis zuvörderst von seiner Obstipation berichten, mit dem Bemerken, dass so ziemlich alle Abführmittel erschöpft seien, ohne ihm irgend eine Besserung gebracht zu haben; auch kann man nicht selten noch hören, dass der Zustand, der sich zu Anfang nur zeitweise in mässiger Heftigkeit gezeigt habe, später constant und ungemein empfindlich geworden sei. Dazu traten bald schwere nervöse Störungen, denen Patienten mit chronischen Unterleibsaffectionen so sehr leicht zugängig sind. Mag die Hauptursache davon in der habituellen Obstipation gelegen sein oder überdies in der längeren Krankheitsdauer mit unvollständiger Reconvalescenz, oder in den gleich noch zu erwähnenden Störungen in den Unterleibsorganen, kurz, ich habe immer gefunden, dass die Mitbetheiligung des gesammten Centralnervensystems ungemein scharf ausgeprägt ist. Es sind mir Fälle vorgekommen, die ich als echte Kopropsychosen ansehen musste. »Es ist die Gemüthsdepression bei den allermeisten Unterleibsleidenden (Magen-, Darm- und Leberaffectionen) so charakteristisch, dass ja der Name der ‚Melancholie‘ selbst vom Genius der Sprache eigens diesen Zuständen entlehnt ist. Kummer, Verzweiflung, Selbstanklagen bezeichnen diese alltägliche ‚intestinale Melancholie‘, welche so oft sich ihre glänzende Heilung direct aus dem Karlsbader Sprudel holt.« »Berühmt ist die Selbstbeobachtung von Schröder v. d. Kolk geworden, welcher nach mehrtägiger Koprostase bei grosser Geistesanstrengung von einem heftigen Fieber mit schliesslichen Gesichtshallucinationen befallen, und nach dreitägiger Dauer durch ein Abführmittel rasch und dauernd davon befreit wurde; harte massenhafte Faeces gingen ab — die zweifellose Materia peccans«. (Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten 1878, S. 301.) Mit Bezug auf die Behandlung habe ich bei diesen Störungen etwas länger verweilt.

Neben der Obstipation ist gewöhnlich hochgradige Tympanitis vorhanden, die dem Träger des Zustandes ganz besonders beschwerlich wird, weil sie den Schmerz über der Ileocoecalgegend oft ausserordentlich steigert; dieser Schmerz ist in verschiedenen Graden ausgeprägt, von einer leisen Empfindlichkeit bei der Bewegung sich steigernd bis zur Unerträglichkeit in der Ruhe. Ich betone, dass ich von chronisch Kranken hier spreche, und dass diese Exacerbationen gewöhnlich zeitweise im Gefolge von Verdauungsstörungen auftreten; übrigens stellt sich sebst grössere Schmerzhaftigkeit auch spontan ein, d. h. ohne Koprostase und nach meiner Beobachtung gerne bei raschem Witterungswechsel. Manche Patienten bezeichnen diese Erscheinungen als einen von der früheren Blinddarmentzündung zurückgebliebenen Rheumatismus, den sie in die Bauchdecken, die Rücken- und Oberschenkelmusculatur verlegen; die von den Patienten gesuchte Ruhe pflegt den Zustand zu verschlimmern, weil damit sofort der Stuhlgang mehr angehalten wird.

Die grosse Neigung dieser Schmerzhaftigkeit zu Recidiven ist eine bekannte Thatsache, wie ja auch eine acute Entzündung sämmtlicher Theile gar leicht wiederkehrt; die Schmerzen selbst aber scheinen durchaus nicht die Inflammation auf's Neue anzufachen; ich habe Patienten mit den stürmischsten Erscheinungen gesehen, wo man am Abend noch eine schwere Attake befürchten konnte, namentlich auch, weil zugleich die Temperatur beträchtlich anstieg und wo am nächsten Morgen schon Patient in völliger Euphorie sich befand, ohne dass Zeichen einer intestinalen Störung sich hätten nachweisen lassen. Auf diese Empfindlichkeiten soll der Therapeut stets seine ganze Aufmerksamkeit richten, weil sie dem Patienten das Leben verbittern und ihn zu manchen Zeiten auch berufsunfähig machen können. Eines Falles muss ich hier gedenken, der bei nicht zutreffender Diagnose sehr lange einer richtigen Behandlung entrückt war; es handelte sich um eine langsam sich entwickelnde Form von Blinddarmentzündung — wie sie zuweilen beobachtet werden — deren Schmerzhaftigkeit den Patienten nöthigte, mit grosser Vorsicht in gebückter Haltung langsam zu gehen; die Diagnose war auf eine spinale Erkrankung gestellt; da sich mir die erforderlichen Anhaltspunkte für eine solche Annahme nicht ergaben, untersuchte ich die rechte Darmbeingrube bei dem mageren Patienten eingehend und constatirte bald an der vorderen Seite des Coecums und nach aussen von demselben ziemlich straffe mehr fadenförmige Adhäsionen. Auf meinem Vorschlag unterzog sich Patient, der neuen Diagnose vertrauend, einer regelmässigen Massagecur; — nach 3 Wochen erst trank Patient kleine Dosen Ludwigsbrunen, später Stahlbrunnen — in nahezu 8 Wochen war der Zustand fast völlig beseitigt, die pathologischen Producte am Blinddarm waren nicht mehr zu constatiren, Stuhl nur wenig retardirt, Schmerzen verschwunden, Haltung ganz normal, Appetit vorzüglich, Gewichtszunahme 12 Pfd.

Ich will hier noch hinzufügen, dass viele Patienten in ihrer Ernährung sehr stark — um 20—30 Pfd. oft — herunterkommen; die genannten Symptome würden gewiss zum Verständniss ausreichen, doch treten oft noch gastrische Störungen hinzu, welche ausserdem auch die Obstipation sehr verschlimmern; die Behinderung der Patienten an der nöthigen Körperbewegung trägt gleichfalls in nicht geringem Maasse zur Verschlimmerung sämmtlicher Beschwerden bei. (Fortsetzung folgt.)

Ueber Hydrocele bilocularis s. en bissac.

Von Dr. *J. Schmidt.*

Diese Erkrankungsform gehört zu den Seltenheiten. Kocher stellt in seiner Abhandlung (Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitta u. Billroth 1874) 10 solche Fälle zusammen, ohne jedoch selbst eine derartige reine Beobachtung gemacht zu haben.

Es dürfte daher gerechtfertigt sein, über einen von mir beobachteten und behandelten Fall von Hydrocele bilocularis an dieser Stelle zu berichten.

Anton Sch., Schuhmacher, 30 Jahre alt, von Kl., zog sich vor circa 4 Jahren in Folge eines Sturzes eine schmerzhafte Geschwulst im Hodensacke zu, die sofort nach der Verletzung bemerkt wurde und sich allmälich nach dem Bauche zu vergrössert haben soll.

Diese Geschwulst, die als Bruch gedeutet wurde, soll trotz verschiedener Behandlung bis zur letzten Zeit stetig gewachsen sein und verursachte in Folge ihrer Grösse dem Patienten viele Beschwerden. (Patient gibt an, wegen Anlage zu einem Leistenbruche seinerzeit als militärdienstuntauglich erklärt worden zu sein, will jedoch niemals an einem Bruche oder einer Schwellung im Hodensacke früher gelitten haben.)

Befund: März 1887. Bei dem stehenden Patienten zeigt sich eine, etwa kindskopfgrosse, die rechte Seite des Hodensacks einnehmende Geschwulst.

Bei Rückenlage des Patienten sieht man allmählich die Geschwulst etwa zur Hälfte sich verkleinern und bemerkt hiebei ein deutliches Hervorgewölbtwerden der rechten Unterbauchgegend.

Beim Erheben des Patienten stellen sich die früheren Verhältnisse wieder ein.

Comprimirt man nun bei Rückenlage des Patienten die Geschwulst im Hodensack, so lässt sich dieselbe allmählich bis auf etwa ein Viertel verkleinern unter gleichzeitiger deutlich begrenzter Hervorwölbung der rechten Bauchgegend bis zur Nabelhöhe.

Bei Nachlass der Compression wächst die Geschwulst allmählich wieder zu ihrer früheren Grösse im Hodensacke an.

Bei diesem Versuche fühlt die der Geschwulst aufgelegte Hand ein deutliches Rieseln. Man fühlt, dass die Flüssigkeit einen engen Canal passirt; durch wechselseitigen Druck auf Hodensack und Bauchgegend kann man die Flüssigkeit in zwei abgegrenzten, durch ein dünnes Mittelstück verbundenen Räumen hin- und herdrängen.

Die Geschwulst zeigt Fluctuation, ist gut durchscheinend, gibt leeren Percussionsschall; der Samenstrang zeigt sich verdickt und bei Druck empfindlich.

Der Leistencanal ist für den Zeigefinger durchgängig.

Der Hode ist nicht deutlich zu constatiren. Linker Hode und Samenstrang normal.

Nach dieser Untersuchung musste unter Ausschluss einer Hernie die Diagnose auf Hydrocele en bissac gestellt werden. Im Anbetracht der Entstehungsweise der Geschwulst durfte angenommen werden, dass dieselbe aus einem Hämatom des perifuniculären Zellgewebes hervorgegangen war.

Therapie: Nach Punction der Geschwulst mittelst Heberapparat (Trichter, Schlauch, Hohlnadel), wobei $2^1/_2$ Liter klarer hellgelber Flüssigkeit sich entleerten, wurde circa $^1/_2$ Liter Sublimatlösung 1 : 1000 durch den genannten Apparat in die Geschwulsthöhle eingegossen, durch Druck und Kneten nach der Bauchhöhle hingedrängt und allseitig mit den Wandungen beider Höhlen in Berührung gebracht.

Nach etwa einer Minute liess man die Flüssigkeit wieder möglichst vollständig ablaufen.

Man konnte nach Entleerung der Flüssigkeit constatiren, dass der bei Druck empfindliche Samenstrang in seiner ganzen Länge verdickt war; der Hode war von Haselnussgrösse, fühlte sich derb an.

Bei obigem Eingriffe wurde sorgfältig der Eintritt von Luft vermieden und streng antiseptisch verfahren.

Während der kleinen Operation war das Schmerzgefühl nur ein unbedeutendes, bald darnach jedoch stellte sich eine starke Reaction ein: Heftige Schmerzen im Leibe, kleiner sehr frequenter Puls, Blässe des Gesichtes, kühle Haut, grosses Angstgefühl. Diese beunruhigenden Erscheinungen verschwanden nach Application einer Morphiumeinspritzuhg nach etwa einer Viertelstunde vollständig wieder.

Am 2. Tage nach der Operation erreichte die Temperatur die Höhe von 37,7. Vom 5. Tage ab zeigte die Temperatur wieder normales Verhalten.

Schmerz war jetzt nur noch bei stärkerem Druck auf die Geschwulst vorhanden, die im Hodensack bis auf ca Mannsfaustgrösse wieder herangewachsen war und beim Betasten das Gefühl von Schneeballknirchen ergab.

Am 8. Tage nach der Operation wurde der Patient auf Verlangen mit einem antiseptischen Compressivverband in seine naheliegende Heimath entlassen mit der Anweisung zu Hause noch für einige Zeit ruhig im Bette zu verbleiben.

Patient stellte sich nach 17 Tagen wieder vor. Die Geschwulst im Hodensack hat ungefähr ein Drittel der ursprünglichen Grösse, ist von länglicher Form, zeigt stärkere Resistenz, ihre Wandungen fühlen sich dicker und derber an, der Inhalt lässt sich nur im geringen Maasse nach dem Bauchraume hin entleeren. Man constatirt hiebei nur noch in der Unterbauchgegend eine geringe Hervorwölbung. Die Punction ergibt $1^1/_2$ Lit. dunkelbrauner Flüssigkeit.

Die Ausspülung wurde mit 1 : 1000 Sublimatwasser in derselben Weise wie das erste Mal vorgenommen, jedoch mehrmals wiederholt, bis die Flüssigkeit klar ablief. Nach der Injection trat dieses Mal nur unbedeutender Schmerz ein.

Am nächsteu Tage Temperatur bis 36,6.

Am 4. Tage nach der Operation zeigte sich die Geschwulst wieder von circa Mannsfaustgrösse, liess jedoch kein Zurückdrängen gegen die Bauchhöhle zu mehr erkennen.

Nachdem Patient 18 Tage zu Hause meistens in ruhiger Lage zugebracht hatte, ergibt die Untersuchung eine weitere Verkleinerung der Geschwulst.

Es wird circa $^1/_4$ Liter blutig-seröser Flüssigkeit von viel hellerer Farbe als das letzte Mal entleert und die Sublimatausspülung in der früher beschriebenen Weise vorgenommen.

Keinerlei Reactionserscheinungen.

Der Patient kehrt schon am nächsten Tage in seine Heimath zurück.

Befund nach einem Vierteljahre: Patient hat keinerlei Beschwerden mehr, kann seinem Beruf als Schuhmacher vollständig vorstehen.

In der rechten Seite des Hodensacks befindet sich eine circa kastaniengrosse, etwas unebene, hart und derb sich anfühlende, unempfindliche, nicht transparente Geschwulst, die keine Communikation mit der Bauchhöhle zeigt.

Der Samenstrang ist etwas verdickt, unempfindlich, befindet sich mit der Geschwulst im Zusammenhang und zeigt an seinem unteren Ende, durch eine Furche abgegrenzt von der Geschwulst, den etwa haselnussgrossen atrophischen Hoden. Eine genaue Palpation der Unterbauchgegend kann keinerlei Geschwulst hier constatiren.

Der Mann, der sich ganz wohl fühlt, will sich einer weiteren Operation der kleinen Geschwulst halber, die ihm gar keine Beschwerden macht, nicht mehr unterziehen.

Nach einem Jahre ergibt die Untersuchung noch den nämlichen Befund.

Man unterscheidet nach Kocher, dessen Ausführungen ich hier folge, zwei Varietäten von Hydrocele bilocularis. Die eine derselben ist extraabdominal; beide Säcke befinden sich im Scrotum, oder der eine im Scrotum, der andere nach der Leiste, nach dem Damm zu. Diese Form ist auf congenitale Verhältnisse (blindsackförmige Einstülpungen) zurückzuführen. Bei der anderen Form, der intraabdominalen, liegt der eine Sack im Abdomen, der andere in der Leiste oder im Scrotum. Mit dieser letzteren Form haben wir es im vorliegenden Falle zu thun.

Man findet bei dieser Form stets eine intraabdominale,

begrenzte, fluctuirende Geschwulst, deren Inhalt man in den scrotalen Antheil theilweise entleeren kann und umgekehrt. Beide Tumoren sind durch ein dünneres Verbindungstück im Leistencanal verbunden.

Bei Anstrengung der Bauchpresse, wie z. B. beim Husten, ist ein Anschwellen der Geschwulst im Hodensack zu bemerken; im Liegen und bei Druck verkleinert sich die scrotale Geschwulst und wölbt sich das Abdomen hervor. Transparenz besteht nur bei serösem Inhalt, fehlt bei Eiterung und Blutbeimischung, ebenso bei stark verdickter Wandung der Cyste.

Nach einer Gewalteinwirkung trat in unserem Falle eine rasch zunehmende Geschwulst (Bluterguss) auf, die vom Scrotum aus sich bis in die Beckenhöhle erstreckte und dort sich abgrenzte. Aus dem Blutergusse ging durch den Abkapselungsprocess die Hydrocele bilocularis hervor.

Experimentell (Kocher) kann man eine ähnliche Geschwulst hervorrufen, wenn man durch eine seitlich in die eröffnete Tunica vag. conc. eingebundene Canüle eine Gelatinelösung in das perifuniculäre Zellgewebe einspritzt. Der abdominale Tumor ist ein extraperitonealer; er hebt das Peritoneum ab und schiebt sich zwischen dasselbe und die Fossa iliaca einer- und die vordere Bauchwand andererseits.

Zwischen der inneren serösen Scheidenhaut der Tunica vag. propria und der äusseren bindegewebigen Scheidenhaut der Tunica vag. communis, befindet sich ein lockeres Zellgewebe, welches die Gefässe des Samenstranges umhüllt. Dieses intermediäre Bindegewebe hängt aufwärts zusammen mit dem subserösen Zellgewebe der vorderen Bauchwand, aber namentlich der Fossa iliaca, also dem Gewebe zwischen Peritoneum und Fascia transversa resp. iliaca, es setzt sich auch fort den Samengefässen entlang bis zur Wirbelsäule. In allen bisher näher beschriebenen Fällen hat sich diese Hydrocele als scrotaler Tumor entwickelt und entstand der abdominale Tumor erst secundär, meistens wie auch in unserem Falle, nach einer das Scrotum treffenden Gewalt.

Differential-diagnostisch der Hydrocele bilocularis gegenüber kommen in Betracht: eine Hernie und eine Hydrocele des offengebliebenen Processus vaginalis peritonei. Eine Hernie gibt tympanitischen Schall, ist nicht durchscheinend, die Hernie entweicht, wenn sie Därme enthält bei der Reposition plötzlich und oft unter Gurren. Die deutliche Abgrenzung der Hydrocele bilocularis im Becken schliesst auch eine angewachsene, momentan gasfreie, theilweise reponirbare Hernie aus. Bei der Hydrocele des offenen Scheidenfortsatzes lässt sich die Flüssigkeit in's Cavum peritonei, also in eine relativ unbegrenzte Höhle zurückdrängen. Eine andere Form der Hydrocele bilocularis entsteht aus oben verwachsenen Hydrocele processus vaginalis oder einer gewöhnlichen Hydrocele, wenn der Hydrocelensack übermässig sich ausdehnt und dabei nach obenhin gegen die Beckenhöhle ein Divertikel bildet. Bei dieser letzteren Form befindet sich die Flüssigkeit in einem mit einer serösen Haut ausgekleideten Sacke, während in ersterem Falle die Schichten des subserösen Zellgewebes die Ausbreitung der Geschwulst vorzeichnen.

Erwähnenswerth ist hier noch die Hydrocele diffusa. Dieselbe wird gebildet durch ein Oedem des Zellgewebs des Samenstranges. Von dieser äusserst seltenen Affection wurde bisher nur ein Fall constatirt.

Die Therapie hatte in vorantiseptischen Zeiten keine guten Resultate zu verzeichnen. Einfache Punction zeigte sich erfolglos. Punction mit Injection führte einmal durch Sepsis den Tod herbei. Fast bei allen Fällen kam es zur Eiterung. Vor einer ausgiebigen Behandlung mit Jodinjection, wie solche bei gewöhnlicher Hydrocele sich bewährt hatte, scheute man sich. Man machte häufige, aber sehr kleine Injectionen. Die Behandlungsdauer wurde hiedurch eine sehr lange. Nach der von mir gemachten Erfahrung glaube ich, die Behandlung mittelst Ausspülungen von 1 : 1000 Sublimatlösung in ähnlichen Fällen empfehlen zu dürfen. Es ist hiebei darauf zu achten, dass die Flüssigkeit mit den Wandungen der Cyste möglichst allseitig in Berührung gebracht wird. Sollte dieses Verfahren, sowie eine noch etwa versuchte Injection von Jodtinctur oder Lugol'scher Lösung ohne Erfolg bleiben, so dürfte wohl durch ausgiebige Spaltung des Sackes bis zum hinteren Leistenring empor mit nachfolgender mehrtägiger Jodoformgazetamponade Heilung zu erzielen sein.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Neuere hygienische Arbeiten.

Ludwig Pfeiffer: Die schweflige Säure und ihre Verwendung bei Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln. Mit 50 Abbildungen. Hygienische Tagesfragen III. München, 1888. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung. 142 S. M. 3.

Miquel: Die Mikroorganismen der Luft. (Jahresbericht des Observatoriums in Montsouris 1886.) Uebersetzt von E. Emmerich. Mit 5 Abbildungen. Hygienische Tagesfragen IV. München, 1889. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung. 68 S. M. 2.40.

Trillich: Die Kaffeesurrogate, ihre Zusammensetzung und Untersuchung. Hygienische Tagesfragen V. München, 1889. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung. 35 S. M. 1.20.

Von den »Hygienischen Tagesfragen«, welche in zwangloser Reihenfolge die verschiedensten hygienisch wichtigen Themata behandeln, liegen drei neue Lieferungen vor. Die erste derselben, von L. Pfeiffer, Assistenten am hygienischen Institut zu München, behandelt die schweflige Säure in allen ihren Beziehungen für die Gesundheit des Menschen, theils auf Grund der in der Literatur vorhandenen Angaben, theils nach eigenen ausgedehnten Untersuchungen des Verfassers. Ohne Zweifel liegt eine Gefahr in der ausgedehnten Verwendung der schwefligen Säure bei industriellen Betrieben und namentlich in der Beiziehung derselben zur Herstellung und Conservirung vieler Nahrungs- und Genussmittel. Hiegegen wurden namentlich Bedenken geltend gemacht von Seite der Vereinigung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie, und wird dieses Thema voraussichtlich auf dem nächsten Congresse der genannten Vereinigung zur Besprechung kommen. Umsomehr ist eine gründliche und umfassende Darstellung zu begrüssen, wie die vorliegende, die namentlich auch die noch zu wenig erforschten physiologischen und praktisch medicinischen Gesichtspunkte auf Grund experimenteller Untersuchung mitberücksichtigt. Die Anregung zu dieser Arbeit ist Hrn. v. Pettenkofer zu verdanken.

Die zweite Publication beabsichtigt, die deutschen Hygieniker auf die interessanten und wichtigen Beobachtungen aufmerksam zu machen, welche im Observatorium zu Montsouris bei Paris seit einer Reihe von Jahren über den Bacteriengehalt der Luft angestellt wurden. In dem vorliegenden Jahresbericht pro 1886 giebt Miquel eine kurze Beschreibung der angewendeten Methoden und eine Uebersicht der wesentlichsten Resultate. Die Methode ist eine zweifache, zunächst eine mehr detaillirte, welche ganz genaue Resultate liefert, und dann eine summarische für die fortlaufenden täglichen Beobachtungen, die nur Vergleichswerthe zu liefern vermag. Erstere besteht in dem Auffangen und Deponiren des Luftstaubes in steriler Fleischbrühe, welche alsdann in viele Einzelportionen vertheilt wird, so dass jeder Keim getrennt zur Entwicklung kommt. Dieses Verfahren ist zwar sehr umständlich, liefert aber nach Miquel wesentlich genauere Resultate als die Untersuchung des Luftstaubes nach dem Koch'schen Plattenverfahren. Die abgekürzte Methode dagegen besteht darin, dass mit Nähr-Agar überzogene Papierstreifen dem Luftstrom exponirt und dann in

einen Wärmeschrank zur Entwicklung der Keime verbracht werden.

Die Zahlen von Miquel sind namentlich geeignet, den oft übertriebenen Vorstellungen bezüglich des Bacterienreichthums der Luft Einhalt zu thun. Im Park von Montsouris ergaben sich pro Cubikmeter Luft folgende Jahresdurchschnittszahlen: 1880 560, 1881 590, 1882 320, 1883 440, 1884 330. Aus den einzelnen Monatsmitteln ergiebt sich die jährliche Periode. Im Winter ist der Bacteriengehalt am geringsten (290), im Sommer am grössten (675). Allerdings verdankt das Observatorium von Montsouris diese relativ niedrigen Zahlen wesentlich seiner günstigen, von Paris entfernten Lage. Inmitten der Stadt, wo ebenfalls seit Jahren Beobachtungen angestellt wurden, sind die Zahlen wesentlich höher; das Jahresmittel der pro Cubikmeter Luft enthaltenen Bacterien betrug hier: 1881 6295, 1882 3435, 1883 2345, 1884 1865. Auch in Paris ist der Winter die bacterienärmste, der Sommer die bacterienreichste Jahreszeit. Eine weitere, von Miquel ermittelte Thatsache ist die Existenz einer täglichen Periode des Bacteriengehaltes der Luft. In Montsouris wie in Paris liessen sich constant zwei Minima, zwischen 1—3 Uhr Nachts und zwischen 1—3 Uhr Mittags nachweisen. Bei allen diesen Beobachtungen treten störende Einflüsse, z. B. Regen, welcher den Bacteriengehalt wesentlich vermindert, Winde, welche denselben je nach ihrer Richtung erhöhen können, ferner Zufälligkeiten, wie z. B. die Reinigung der Trottoirs in Paris, störend dazwischen. Aufgabe des Beobachters ist es, diese Fehlerquellen zu berücksichtigen.

Die dritte Publication bringt eine praktisch recht werthvolle Studie über die Kaffeesurrogate von Trillich (II. Assistent der k. Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel zu München). Dass mit der Anpreisung dieser Surrogate häufig eine an's Schwindelhafte grenzende Reclame getrieben wird, ist bekannt. Die Wahl von Bezeichnungen, wie: Aecht orientalischer Mokka-Kaffee — Jamaika-Kaffee — Aechter holländischer Kaffee-Extract u. s. w. für blossen Zichorien-Kaffee kann doch nur als eine auf Täuschung berechnete Vorspiegelung bezeichnet werden. Gesetzliche Bestimmungen müssten hier eingreifen. Bei dem Mangel an Nährwerth und Alkaloiden vermag Verfasser den Kaffeesurrogaten im wesentlichen nur die Rolle eines Färbemittels zuzusprechen, das unter Umständen recht theuer bezahlt werden muss. Die Schrift enthält eine grosse Reihe von Analysen aller gebräuchlichen Surrogate und beschäftigt sich namentlich auch mit der einschlägigen Methodik. B.

Prof. Dr. **Rudolf Kobert,** Director des pharmakologischen Instituts zu Dorpat: **Compendium der Arzneiverordnungslehre.** Für Studirende und Aerzte. Stuttgart, F. Enke, 1888. 222 Seiten.

Die Kunst, selbständig Receptformeln zu entwerfen, machen sich gegenwärtig nur wenige Mediciner zu eigen, die Mehrzahl derselben begnügt sich mit dem kritiklosen Auswendiglernen einer Anzahl von Formeln aus klinischen Vorlesungen oder gedruckten Receptsammlungen.

Der Grund dieser auffallenden Erscheinung liegt zum Theil in der geringen Neigung, die nöthigen chemischen und pharmakologischen Kenntnisse zu erwerben; zum Theil in dem Mangel an geeigneten Hülfsmitteln.

Die neueren grösseren Werke über Arzneiverordnungslehre dienen meist anderen Zwecken, es sind Nachschlagebücher für den praktischen Arzt; nur das Lehrbuch von R. Böhm ist für Anfänger geschrieben und bestrebt, denselben von wissenschaftlicher Grundlage aus in die Arzneiverordnungslehre einzuführen. Hiezu ist neuerdings das dieselbe Tendenz verfolgende Compendium von Kobert getreten Beide Bücher ergänzen sich gewissermaassen. Indem Böhm den Schwerpunkt auf die specielle Arzneiverordnungslehre legt, beschränkt sich Kobert auf das, was man gewöhnlich allgemeine Arzneiverordnungslehre nennt, bringt diese aber um so ausführlicher und verschmäht es namentlich auch nicht, von praktisch wichtigen Dingen zu reden, von denen der angehende Arzt sonst oft erst durch seine Beziehungen mit dem Apotheker Kenntniss erhält.

Referent ist überzeugt, dass Niemand das Buch aus der Hand legen wird, ohne einen wesentlichen Nutzen daraus gezogen zu haben. Tappeiner.

XVIII. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin,

vom 24.—27. April 1889.

(Originalbericht von Dr. Albert Hoffa, Privatdocent für Chirurgie in Würzburg.)

(Schluss.)

Nachmittagssitzung, 25. April 1889.

Herr **Thiersch**-Leipzig: **Ueber Extraction von Nerven.**

Das Bestreben des Vortragenden geht dahin, bei Trigeminusneuralgien ohne einen zu bedeutenden Eingriff den betreffenden Ast möglichst nahe an der Schädelbasis zu zerreissen. Zu dem Zwecke hat er die sog. Extraction der Nerven, ein schon länger bekanntes Verfahren, weiter ausgebildet. Dasselbe besteht darin, dass der betreffende Nerv, nach Bloslegung durch Incision der deckenden Weichtheile, mit einer besonders construirten Zange — dieselbe soll den Nerven fassen, aber nicht durchschneiden — gefasst und dann in der Richtung seiner Längsachse aufgewickelt wird. Dabei reissen dann nicht nur die peripheren Verzweigungen mit ihren feinsten Endästen ab, sondern es gelingt vor allem auch, central den Nerven auf weite Strecken hin, selbst in der Ausdehnung von 6 cm und mehr, abzutrennen.

Die Erfolge der Nervenextraction lassen nach den Erfahrungen des Vortragenden — er hat dieselbe an 17 Patienten 25mal ausgeführt — nichts zu wünschen übrig. Erwähnt sei noch, dass dieselbe auch bei einem Fall von Tic convulsiv ausgeführt, auf reflectorischem Weg Heilung dieses Leidens erzielte.

Herr **Angerer**-München: **Bemerkungen über die Diagnose und die Operation der Pylorusstenose.**

Nach Studien am Lebenden und an der Leiche empfiehlt Angerer als ein wesentliches Unterstützungsmittel in der Diagnose der bösartigen Magengeschwülste die Gasaufblähung des Magens. Füllt man einen gesunden Magen durch Verabreichung von doppelkohlensaurem Natron und Weinsäure mit Gas, so treten alsbald die Contouren des Magens deutlich hervor, während sich der Pylorus jedesmal nach rechts und unten vorschiebt. Im Falle des Vorhandenseins einer Geschwulst in der Magengegend kann man nun erstlich durch die Gasaufblähung feststellen, ob die Geschwulst überhaupt dem Magen angehört. Ist dies der Fall, so kann man fernerhin leicht entscheiden, ob die Geschwulst der vorderen oder hintern Magenwand angehört, und hat dann schliesslich in dem Verhalten des Pylorus ein gutes Zeichen, ob Verwachsungen der Geschwulst, wie dies zur Indicationsstellung für die Operation besonders wichtig ist, mit dem Pankreas bestehen oder nicht. Bestehen Verwachsungen, so wird sich der Pylorus bei der Gasaufblähung nicht nach rechts und unten verschieben, sondern wird an seiner normalen Stelle stehen bleiben oder sogar nach links hinüberrücken.

Es sind das natürlich cardinale Fragen, indem so schon ohne Probelaparatomie zu entscheiden ist, welchen operativen Eingriff die betreffende Geschwulst verlangen wird, indem die typische Pylorusresection mit Aussicht auf Erfolg nur bei verschieblichem Pylorus vorgenommen werden kann, bei nicht bestehender Verschieblichkeit dagegen von vorneherein die Anlegung einer Magendünndarmfistel geboten ist.

Die Erfolge der Pylorusresectionen und Gastroenterostomien sind bis jetzt noch dadurch getrübt, dass die Patienten zu spät zur Operation kommen; sie werden sich bei der sich stets mehr und mehr vervollkommnenden Technik gewiss bessern, wenn die Diagnosen früher gestellt und die Patienten damit früher der Operation überwiesen werden können.

Angerer selbst hat 16 Operationen wegen Magencarcinomen ausgeführt und zwar 6mal die typische Resection des Pylorus. Drei dieser Patienten starben in den ersten Tagen post opera-

tionem, 2 nach den ersten Wochen, eine Frau lebt jetzt noch und zwar seit länger als 2 Jahren nach der Operation.

Von 6 Gastroenterostomien lebt ein Patient jetzt noch nach mehreren Monaten und geht seinem Berufe als Maurer nach, hat aber bisweilen Kolikschmerzen; 2 starben nach 8 resp. 20 Tagen, 3 in der ersten Woche post operationem.

Die übrigen 4 Operationen betreffen Probeincisionen.

Bezüglich der Operation selbst betrachtet der Vortragende als Contraindication eine starrwandige Infiltration der Magenwandung.

Zur Technik der Gastroenterostomie empfiehlt er dringend das Aufsuchen der Plica duodenojejunalis, für alle Magenoperationen aber die combinirte Chloroform-Aethernarkose nach Kocher.

Bei der Discussion berichtet Herr Lauenstein-Hamburg über seine im Ganzen mit denen Angerer's übereinstimmenden einschlägigen Erfahrungen. Besonders auffallend war ihm eine in Folge der vorbereitenden Magenausspülungen beträchtlich gesteigerte Diurese, die entweder auf vermehrter Resorption von Seiten der Magenschleimhaut beruhe oder durch reflectorische Nervenreizung zu erklären sei. (Wahrscheinlicher ist wohl, dass das Spülwasser durch den doch nie ganz obturirten Pylorus in den Darm gelangte und hier dann resorbirt wurde. Referent.)

Herr **Schlange**-Berlin: **Zur Ileusfrage.**

Die neusten Mittheilungen der inneren Kliniker betonen die relativ häufige Heilung des Ileus und zwar selbst schwerer Formen durch Darreichung grosser Opiumdosen (Goltdammer, Curschmann, Senator, Fürbringer). Es handelt sich hier meistens um Peritonitiden in Folge typhlitischer Processe oder um septische Darmlähmungen in Folge eines Darmverschlusses durch mechanische Hindernisse. Im Ganzen kamen etwa ein Drittel der Patienten durch.

Die Erfolge der chirurgischen Behandlung des Ileus sind demgegenüber bedeutend schlechtere und zwar deshalb, weil die Indicationsstellung für die operativen Eingriffe, speciell für die Laparotomie viel zu unbegrenzt gehandhabt wurde. Für den Chirurg kommt Alles darauf an, eine möglichst frühzeitige Diagnose des mechanischen Darmverschlusses einerseits zu stellen, andererseits den Zeitpunkt zu bestimmen, wann der letztere zur septischen Darmlähmung geführt hat.

Was die Diagnose betrifft, so hat man hier den Darm nach seiner motorischen, secretorischen und resorbirenden Function im Falle des acuten Verschlusses zu prüfen. Der Vortragende hat dies bezüglich der motorischen Function unternommen.

In erster Linie ist nach ihm die Form und die Beweglichkeit der Darmschlingen für die Diagnose eines Darmverschlusses massgebend und zwar sollen stärkere Füllung kleinerer oder grösserer Darmstrecken, zeitweilige peristaltische Bewegungen in denselben, absolute Stuhlverhaltung, Erbrechen von Darminhalt, Schmerzen im Leibe vor Allem berücksichtigt werden.

Je deutlicher bei schon aufgetriebenem Leib die einzelnen Darmschlingen dem Auge sichtbar, den palpirenden Fingern fühlbar sind, desto sicherer darf man sein, dass der geblähte Darm noch seinen Tonus, seine Contractionsfähigkeit behalten hat, und desto mehr Chancen hat die Laparotomie. Durch casuistische Belege erläutert der Vortragende diese Behauptung. Sind bei starkem Meteorismus keine Darmschlingen mehr zu fühlen, so widerräth Schlange die Laparotomie, es kommt dann nur die Enterotomie in Frage.

III. Sitzungstag. 26. April.

Zunächst zeigt Herr Wehr-Lemberg Präparate erfolgreicher Carcinomübertragung von Hunden auf Hunde. Sodann demonstrirt Herr H. Schmidt-Stettin seinen bekannten Patienten, der trotz völliger Kehlkopfexstirpation ziemlich deutlich zu sprechen vermag.

Herr Kümmell-Hamburg hat eine neue osteoplastische Resection am Fuss vorgenommen. Er hat nach Entfernung der Fusswurzelknochen die Tibia treppenförmig angefrischt und darauf die Metastarsi nicht wie Wladimiroff-Miculicz in der Längsrichtung des Unterschenkels, sondern rechtwinkelig zu diesem vor Tibia und Fibula angenagelt. Die Heilung ist ausgezeichnet erfolgt und zeigte der vorgestellte Fall sogar eine gewisse Beweglichkeit des Fusses.

Die Reihe der auf der Tagesordnung stehenden Vorträge eröffnet dann

Herr **Oppenheim**-Berlin: **Die traumatische Neurose.**

Der Vortragende demonstrirt 5 einschlägige, äusserst instructive Fälle, die er bereits in seiner Monographie über den gleichen Gegenstand eingehend beschrieben hat.

Bei der Fülle der angemeldeten Vorträge folgen nunmehr kurze Demonstrationen und zwar spricht Höftemann-Königsberg über seltene Fälle von Trepanation, Herr Krause-Halle über Fälle von sogenannter acuter catarrhalischer Gelenkeiterung bei gleichzeitiger angeborener Hüftgelenksluxation und über einen Fall von Heilung eines schaligen Sarcoms des Unterschenkels nach wiederholtem Evidement.

Herr Petersen-Kiel stellt eine Patientin vor, bei der er wegen esentieller Kinderlähmung an beiden Kniegelenken die Arthrodesis mit gutem Erfolg ausgeführt hat.

Herr Lauenstein-Hamburg macht den Vorschlag, zur vollständigen Exstirpation der erkrankten Kniegelenkskapsel bei nicht tuberculösen Entzündungen dieses Gelenkes die Insertionsstelle der Kreuzbänder am Tibiakopf temporär abzumeisseln und dadurch später Beweglichkeit des Gelenkes zu erzielen.

Herr Riedinger-Würzburg demonstrirt Gypsabgüsse und Photographien eines Falles von abnormer Schrägstellung des Fuss- und Ellenbogengelenkes der gleichen Seite, bei dem Fibula und Ulna fehlten. Die Heilung erzielte er durch Keilexcisionen.

Herr Rydygier-Krakau demonstrirt 2 Fälle von Rhinosclerom mit den zugehörigen Reinculturen der Krankheitserreger.

Herr Trendelenburg-Bonn empfiehlt zur Behandlung des Plattfusses die supramalleoläre Osteotomie des Unterschenkels. Herr Hahn-Berlin hat das Verfahren unabhängig vom Vortragenden schon öfters ausgeführt.

Herr Trendelnburg demonstrirt dann ferner ein Verfahren (subcutane Osteotomie des Nasengerüstes) zur Behandlung schiefer und zu enger Nasen.

Herr Fischer-Breslau demonstrirt das Präparat eines Gehirntumors, den er durch Trepanation exstirpirte. Patient starb nach 2 Monaten.

Im Anschluss daran demonstrirt Herr Horsley-London die Instrumente, die sich ihm bei gleichen Operationen als besonders nützlich erwiesen haben.

Sodann zeigen Herr Gerstein-Dortmund und Herr Küster-Berlin Schädel, in denen fracturirte resp. trepanirte Knochenlamellen vollständig knöchern wieder angeheilt waren.

Nachmittagssitzung, 26. April.

Herr **Miculicz**-Königsberg: **Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Perforationsperitonitis.**

Die Erfolge bei der operativen Behandlung der Perforationsperitonitis sind noch recht mangelhafte und zwar wegen der kritiklosen Ausführung der Operation. Sollen die Resultate bessere werden, so gilt es die Operation weise zu beschränken und sie bei ganz verlorenen Fällen zu unterlassen.

Weiterhin ist die Peritonitis selbst genauer zu studiren, und zwar soll man sie nach 2 Richtungen hin sondern, indem man erstens ihren Ausgangspunkt aufsucht und dann ihre Localisation ermitteln muss. In dieser letzteren Beziehung muss man unterscheiden zwischen der »septischen diffusen Peritonitis« und der »progredienten eiterig-fibrinösen Peritonitis«, die sich klinisch wohl unterscheiden lassen.

Was dann die Operation selbst betrifft, so soll die Incision in möglichster Nähe der Infectionsquelle liegen und wenn nöthig noch weitere Schnitte hinzugefügt werden. Die Ausspülung des Bauchraumes soll mit einer warmen Kochsalzlösung geschehen, Oeffnungen des Darmes sollen genäht, aber nicht unnöthig lange nach solchen Perforationen gesucht werden. Drainageröhren

werden am besten vermieden, dagegegen Jodoformgazetamponade empfohlen.

Die Incisionsöffnungen des Abdomen sind nicht zu nähen. Grosse Sorgfalt ist der Nachbehandlung zu widmen. Patient bekommt Opium, blande Diät, feuchtwarmen Verband auf das Abdomen. Bei fortbestehendem Ileus ist eventuell ein Anus präternaturalis anzulegen.

Vortragender selbst hat im Ganzen 11 Fälle operirt, von denen die Mehrzahl allerdings erlegen ist. Es wird dagegen ein vorzüglich geheilter Fall demonstrirt.

Bei der Discussion erwähnen König-Göttingen, Rosenberger-Würzburg, Wagner-Königshütte und Stelzner-Dresden mit Glück operirte Fälle von Perforationsperitonitis, während v. Manteuffel-Dorpat den Ausführungen des Herrn Schlange entgegentritt und die Ansichten seines Lehrers v. Wahl vertritt.

Herr **Leser**-Halle: **Ueber einen seltenen Fall von Actinomycose.**

Es handelt sich um einen Fall von Hautactinomycose, der ausführlich beschrieben wird. Bei der Discussion weist Herr J. Rotter-München auf eine ganze Reihe ähnlicher in der Litteratur niedergelegter Fälle hin und gibt in kurzen Zügen eine klare Darlegung der bezüglichen Fragen.

Herr **Pietrzikowsky**-Prag: **Ueber die Beziehungen der Pneumonie zu den incarcerirten Hernien.**

Nach der Reposition incarcerirter Brüche, mag dieselbe mittelst der einfachen Taxis oder mittelst des Bruchschnittes erfolgt sein, treten in in nicht ganz seltenen Fällen Pneumonien auf, für welche man — abgesehen von den Aspirationspneumonien und den so häufigen hypostatischen Pneumonien alter Leute — bei dem Fehlen jedweder entzündlicher Complication von Seite der Wunde oder des Peritoneum bisher keine Erklärung gehabt hat.

Klinische Beobachtungen und die pathologisch-anatomischen Erfahrungen haben Gussenbauer zu der Anschauung geführt, es dürften diese Pneumonien, die ohne nachweisbar sichere Ursache nach der Lösung der Incarceration entstehen, embolischen Ursprungs seien und Pietrzikowsky, der Assistent Gussenbauer's, berichtet nun über seine auf Grund genauen Studiums der klinischen Fälle, der pathologisch-anatomischen Befunde und vorgenommenen experimentellen Versuche, erhaltenen Resultate.

Die klinische Beobachtung lehrte, dass in 52 Fällen (von 401 incarcerirten Hernien) sich Lungenerscheinungen einstellten, die dem Charakter und Symptomen nach entweder als acute catarrhalische Veränderungen oder als hämorrhagische Infarcte angesehen werden müssen. Im Anschlusse an sie entstehen nicht selten Pneumonien lobulärer oder lobärer Natur. Diese Erscheinungen von Seite der Lungen treten aber vorwiegend nur in jenen Fällen ein, in denen der incarcerirt gewesene Darm noch keine Zeichen weit vorgeschrittener Veränderungen darbietet und bei der Operation reponirt werden kann; sie fehlen bei manifester Gangrän des Darms, bei eingeklemmten Netzbrüchen, wenn das grosse Netz bei der Operation entfernt wird, und in jenen Fällen, in denen bei der kurzen Zeit der Einklemmungserscheinungen und geringen Intensität der Einklemmung der Darm noch keine Circulationsstörungen aufweist.

Auch die pathologisch-anatomischen Befunde der nach reponirter Hernien Verstorbenen haben die Thatsache bestätigt, dass in einer grossen Anzahl von Fällen sich vorwiegend Pneumonien lobulärer Natur bei der Section vorfinden.

Aus den zur Erklärung des angedeuteten genetischen Zusammenhanges der beiden Processe im Darm und den Lungen angestellten Experimenten (Pietrzikowsky hat künstlich Hernien erzeugt, sie incarcerirt, die Incarceration wieder gelöst und in verschiedenen Zeiträumen darauf die Hunde getödtet und secirt) geht hervor, dass sich Infarcte in Lungen und Leber nachweisen liessen, die je nach dem Grade der bestehenden Circulationsstörungen am incarcerirten Darme mehr oder weniger ausgesprochen waren.

Die diese Infarcte erzeugenden Thromben stammen aus dem incarcerirt gewesenen Darme und seinem Mesenterium. Die nach der Reposition der incarcerirten Darmschlinge entstandenen Pneumonien, dürften entweder durch septische Thromben oder durch Infection des bestehenden Lungeninfarctes von Seite des Bronchialsecretes herbeigeführt werden.

Pietrzikowsky glaubt deshalb, dass die auf Grund der klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen sicher gestellten Lungenerscheinungen nach Reposition eingeklemmter Darmbrüche durch seine experimentellen Thierversuche eine ziemlich sichere Bestätigung gefunden haben.

IV. Sitzungstag. 27. April.

Herr **Hoffa**-Würzburg: **Zur Lehre der Sepsis.**

Vortragender hat Kaninchen mit Reinculturen der Bacterien der Koch-Gaffky'schen Kaninchensepticämie geimpft, die gestorbenen Thiere dann nach den Methoden Brieger's chemisch bearbeitet und dadurch ein heftig wirkendes Gift analysenrein dargestellt und analysirt. Die Base stellte sich als Methylguanidin ($C_2H_7N_3$) dar und wurde sowohl in reiner Form, als in salzsaurer und pikrinsaurer Form demonstrirt. Die Giftwirkung selbst erläuterte der Vortragende durch Versuche an Fröschen und Kaninchen.

Er zeigte dann ferner das Platindoppelsalz eines heftigen aus an Milzbrand erlegenen Kaninchen gewonnenen Giftes. Dieser Base kommt nach der Analyse die Formel $C_3H_6N_2$ zu. Sie wird als Anthracin bezeichnet.

Herr **Höftemann**-Königsberg demonstrirt ein erwachsenes Mädchen mit congenitalem Defect beider Beine, das mittelst Prothesen recht gut gehen kann.

Es folgen nun Demonstrationen und Vorträge über Operationen an der Gallenblase, an denen sich die Herren Credé-Dresden, Thiem-Cottbus, Körte-Berlin und Langenbuch-Berlin betheiligen. Es werden wesentlich die Grenzen der Operation bestimmt und die Technik der Operation discutirt, ohne dass neue Gesichtspunkte eröffnet würden.

Herr **Kitisato**-Tokio: **Ueber einen Tetanuserreger,** mit Demonstration.

Der Nicolaier-Rosenbach'sche Tetanusbacillus war bisher bekanntlich noch nicht rein gezüchtet worden. Dies ist nun Kitisato, der seit längerer Zeit bei Koch arbeitet, gelungen und zwar dadurch, dass er den die Tetanusbacillen enthaltenden Eiter längere Zeit hindurch einer Temperatur von 80° C aussetzte. Dadurch wurden die die Culturen bisher verunreinigenden Mikroorganismen getödtet, während die sehr widerstandsfähigen Tetanusbacillen selbst weiter gezüchtet werden konnten. Der Vortragende demonstrirt nun die Culturen und bespricht des Weiteren die morphologischen und krankheitserregenden Wirkungen seiner Bacillen.

Die Herren Miculicz-Königsberg und Schlange-Berlin demonstriren nun geheilte Fälle von Perforationsperitonitis und Ileus, während Herr Schüller-Berlin einen Fall vorstellt, bei dem er einen durch Kothsteine entzündeten Wurmfortsatz nach Laparotomie excidirt hatte.

Herr Angerer-München demonstrirt darauf einen kindlichen Schädel mit der seltenen Missbildung eines seitlichen Nasenspaltes, Herr Bardenheuer-Köln eine Schiene zur permanenten Extension von typischen Radiusbrüchen, die Herren Rehn-Frankfurt a/M. und Braun-Marburg Fälle von Abreissungsfracturen durch den Zug von Bändern und zwar ersterer eine Fractur des Condylus externus femoris durch Zug der Lig. cruciata, letzterer einen Bruch des Oberschenkelkopfes durch Zug vom Lig. teres aus entstanden.

Herr Braun-Marburg demonstrirt ferner wohl ein Unicum eines Invaginationspräparates, indem das invaginirte Stück nicht abgestossen, sondern nur theilweise perforirt worden war und durch diese Perforationsöffnung sich dann nochmals invaginirt hatte.

Herr **Bramann**-Berlin: **Zur Behandlung der Schusswunden des Dünndarms und Mesenteriums** mit Krankenvorstellung.

Revolverschuss mit Einschussöffnung in der Mammillarlinie unmittelbar unter den Rippen. Wegen diagnosticirter Blutung Laparotomie, Naht der Wunden und Heilung.

Herr **Fischer**-Breslau zeigt eine Patientin mit etwa dreimarkstückgrosser Magenfistel, Herr **Lauenstein**-Hamburg einen einfachen Verschlussapparat für den Anus praeternaturalis.

Herr **Helferich**-Greifswald spricht sich gegen die Zulässigkeit der Chopart'schen Exarticulation aus und empfiehlt, falls die Operation doch gemacht werden sollte, die Arthrodese der zurückbleibenden Fusswurzelknochen vorzunehmen, um der Retraction der Achillessehne und den so häufigen Decubitalgeschwüren vorzubeugen.

Herr **Szumann**-Thorn bespricht eine seltene, die horizontale Luxation der Patella in das Kniegelenk hinein.

Herr **Ledderhose**-Strassburg berichtet über 6 von ihm beobachtete Fälle von Ganglien der Kniegelenkgegend.

Nachmittagssitzung. 27. April.

Herr **Cornet**-Reichenhall demonstrirt seine vorzüglichen Präparate von tuberculösen Drüsenschwellungen nach Impfungen von Tuberkelbacillen bei Hunden.

Herr **Kümmell**-Hamburg empfiehlt die Exstirpation der Prostata mittelst Paquelin zur Behandlung der Urinretention bei Prostatahypertrophie.

Herr **Stein**-Stuttgart theilt einen Fall von Exstirpation der Prostata bei maligner Neubildung mit, Herr **Thiem**-Cottbus empfiehlt zusammengelegte Catgutfäden als aseptische resorbirbare Tamponade, Herr **Beely**-Berlin zeigt ein Scoliosenbarren zur Behandlung der Scoliose mit Gewichtsbelastung und einen neuen, sehr sinnreichen Kyrtograph.

Herr **J. Rotter**-München zeigt die ausgezeichneten Endresultate seiner bereits in dieser Wochenschrift besprochenen Nasenplastik; Herr **Waitz**-Hamburg einen Fall von Elephantiasis congenita teleangiectodes und lymphangiectodes; Herr **Wolf**-Hamburg einen Fall von accessorischer Schilddrüse in der Zunge.

Herr **Disse**-Berlin spricht über den scrotalen und labialen Spaltraum sowie über den Spaltraum bei Kindern und sein Verhältniss zum Cavum Retzii und schliesslich Herr **Miculicz**-Königsberg über Terpenthinölbehandlung der Pseudarthrosen.

Damit wurde die Zahl der Vorträge abgeschlossen, etwa 50 noch angemeldete mussten zurückgestellt werden. Wenn auch der Inhalt der gehaltenen Vorträge nur mit flüchtigen Strichen gezeichnet werden konnte, so erhellt aus der Fülle des Gebotenen doch wohl das rege Streben der deutschen Chirurgen, ihre Wissenschaft mehr und mehr zu vervollkommnen. Möge ihnen dies zum Besten der leidenden Menschheit mehr und mehr gelingen!

Ganz besonderen Dank schulden die Theilnehmer des Congresses sicher der umsichtigen Leitung desselben durch Herrn von Bergmann, der in Anerkennung seiner Verdienste auch für das nächste Jahr wieder zum Vorsitzenden des Congresses gewählt wurde.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 1. Mai 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

(Schluss.)

Herr Uhthoff: Ueber die bei multipler Sklerose vorkommende Amblyopie.

Charcot und seine Schüler haben zuerst das Wesen der Amblyopie bei der Sklerose en plaques studirt und die unvollkommene Atrophie der Papille, die Besserungsfähigkeit der Sehstörung, die vorübergehende Erblindung, die extreme Seltenheit der Totalerblindung festgestellt.

Uhthoff's Untersuchungen reichen bis in's Jahr 1882 zurück und umfassen genau 100 Fälle des Materials der königl. Charité und der Klinik von Schöler. Vereinzelte Ergebnisse sind vom Vortragenden selbst, sowie von seinen Collaboranten Gnauck und Oppenheim bereits veröffentlicht worden.

1) Anatomisches. 7 Fälle kamen zur Section, davon wurden bei 6 die Optici untersucht und in 5 Fällen wurden Veränderungen gefunden. Diese kleine Statistik beweist die Häufigkeit der Erkrankung der Sehnerven bei der multiplen Sklerose.

Unter den Sectionsfällen, welche eine Veränderung im Opticus aufwiesen, fand sich einer, bei welchem weder eine Sehstörung noch eine ophthalmoscopische Abnormität intra vitam bestanden hatte. Hier sass die Erkrankung allerdings etwas weit zurück hinter der Lamina cribrosa.

Die Erkrankung des Opticus charakterisirt sich im Allgemeinen als eine ausgesprochene interstitielle Neuritis, und zwar weniger in den groben, als den feinen Septis, sodass die Schnitte eine zierliche Sternform haben, während bei der tabischen Atrophie sich zwar ebenfalls viel Kerne finden, aber unregelmässig zusammengedrängt. Bei der Tabes ist aber keine Wucherung im eigentlichen Sinne vorhanden, sondern die Kerne des Bindegewebes drängen sich nur mehr zusammen, weil die nervösen Elemente ausgefallen sind. Dort ist active Hyperplasie, hier einfache Atrophie.

Bei der Sklerose schwindet rasch das Mark der Nervenfasern und die Achsencylinder erscheinen nackt, während diese bei der tabischen Atrophie ganz atrophiren. Die Gefässe erscheinen zuweilen vermehrt, aber nicht regelmässig — weshalb auch die Gefässproliferation kaum das Primäre sein kann, wie einige Autoren annehmen — und in ihrer Umgebung finden sich dann häufig Rundzellenanhäufungen massiger Natur.

Die Schrumpfung der Nerven in toto ist viel stärker bei der Sklerose als bei der Tabes. Ein Vergleich des Opticus eines Tabikers, der 8 Jahre vor seinem Tode völlig erblindet war, mit dem eines Sklerotikers, der noch $^1/_3$ Sehschärfe hatte, lehrte, dass bei dem letzteren die Schrumpfung viel stärker war.

2) Ophthalmoscopisches. In 45 Fällen fanden sich Veränderungen der Sehnerven, 40 mal eine Atrophie der Papille, welche weniger ausgeprägt, unvollkommener war, wie bei Tabes. Der Nerv ist deutlich abgeblasst, aber hat immer noch einen röthlichen Reflex. Nur bei 3 fand sich totale Atrophie und nur bei einem totale Erblindung, die bei der Sklerose zu den grössten Seltenheiten zählt.

Aus dem Grad der Papillen-Abblassung kann man keinen Schluss auf den Grad der Veränderungen im Opticus-Stamme machen. Man sieht nur die Abblassung, wenn der Process unmittelbar retrobulbär seinen Sitz hat. Es stimmt das damit überein, dass bei Sklerose keine absteigende Degeneration der Nerven vorkommt.

Neuritis optica fand sich in 5—6 Proc., ist wohl aber viel häufiger, weil viele Fälle erst in Behandlung kommen, wenn der schnell ablaufende Process vorüber ist. Von den Fällen, welche überhaupt einen ophthalmoscopischen Befund hatten, war die Neuritis optica in 13 Proc. vertreten, was nicht auffällig ist, da der ganze Process neuritischer Natur ist.

Die Hälfte der Patienten war ganz ohne ophthalmoscopischen Befund, einige mit zufälligen Nebenbefunden.

3) Klinisches. Es gelang in 24 Fällen, das Gesichtsfeld genau aufzunehmen. Meist, in 14 Fällen, fand sich ein centrales Skotom bei freier Peripherie. Dies kann entweder absolut, oder nur relativ sein, sodass nur einzelne Farben, Roth oder Grün nicht erkannt werden. Das centrale Skotom ist bei Tabes extrem selten; es gibt kaum einen sicheren Fall, wo bei Tabes zuerst ein centrales Skotom bei freier Peripherie sich fand. Es kommen auch periphere Einengungen vor, aber meist nur für Farben.

Der Beginn der Sehstörung ist meist plötzlich, wieder ein Unterschied von der Tabes. In einem Falle setzte der Process auf dem einen Auge ganz plötzlich, auf dem anderen sehr langsam ein.

Die Sehstörung bessert sich fast regelmässig. Einige Thatsachen weisen auf eine eigenthümliche Congruenz der Besserung der Sehstörung mit Besserung des Allgemeinleidens hin, was angesichts des pathologischen Befundes auffällig ist.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Remak, Veilchenfeld, Schweiger und Uhthoff.

Die Discussion über den Vortrag des Herrn **Moll: Ueber therapeutische Erfahrungen mit dem Hypnotismus** findet in nächster Sitzung statt.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 28. April und 6. Mai 1889.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Herr **Leyden: Zur Prognose der Herzkrankheiten.** (Fortsetzung.)

Der zweite Theil des Referats betrifft die Prognose der Herzkrankheiten nach der Form derselben. Leyden unterscheidet 3 Gruppen: die anorganischen Herzkrankheiten, die Krankheiten des Herzmuskels und die Klappenfehler.

1) Die anorganischen, nervösen, neurasthenischen, functionellen Herzkrankheiten ohne anatomische Läsion geben eine relativ gute Prognose, mit einigen Einschränkungen, denn diese rein functionellen Krankheiten können unter sehr schweren Erscheinungen auftreten und können in seltenen Fällen das Leben bedrohen, wie es ja auch plötzliche Todesfälle durch Schrecken, Angst u. s. w. gibt. Diese Ereignisse sind aber so selten, dass die Prognose der rein functionellen Herzkrankheiten viel besser ist, als die der anderen, und darum ist die genaue Differentialdiagnose von Wichtigkeit, die grosse Schwierigkeiten machen kann. Eine Ohnmacht, ein Schwindelanfall mit kleinem Pulse wird uns bei einer jugendlichen, nervösen Frau viel weniger gefährlich erscheinen als bei einem älteren Manne. In dieser Weise wird man häufig durch Erwägung aller Umstände eine Differentialdiagnose stellen können, wo die physikalische Untersuchung im Stiche lässt, denn es gibt Geräusche accidenteller Art, anämische Geräusche ohne Klappenfehler und Dämpfungsvergrösserungen ohne Herzvergrösserung, während andererseits schwere Processe im Herzmuskel ohne physikalische Zeichen bestehen können, und zwar gerade bei der wichtigsten Form, der Angina pectoris vera, welche auf Arteriosklerose der Coronararterien beruht. Diese ist nicht immer mit Sicherheit von der Angina pectoris spuria zu unterscheiden; männliches Geschlecht, höheres Alter sprechen, aber nicht mit Sicherheit, für die erstere, weibliches Geschlecht und jugendliches Alter neben nervöser Constitution für die letztere.

Dass rein nervöse Herzkrankheiten zu Dilatation führen können, dafür ist die Basedow'sche Krankheit ein Beispiel. Trotzdem ist die Prognose quoad sanationem et vitam eine fast gute. Nur bei schweren Fällen und höherem Alter sind dabei Todesfälle beobachtet worden.

Hierher gehören auch die seltenen Fälle functioneller Herzerkrankungen bei Rückenmarksleiden, Angina pectoris bei Tabes, ebenso Herzschwäche und Paralyse bei progressiver Muskelatrophie.

2) Herzmuskelerkrankungen. Diese, besonders wenn man diejenigen einbezieht, die mit Klappenfehlern einhergehen, bilden einen Hauptpunkt der Betrachtung. Sie sind diagnostisch sehr schwierig, was auch die Prognose erschwert. Leyden unterscheidet 3 Gruppen: 1) die Hypertrophie, 2) die Dilatation, 3) das weakened heart, die Herzschwäche, eine Eintheilung, die natürlich keinen theoretischen, sondern nur praktischen Werth hat, da die Formen durcheinanderlaufen können.

Was die Hypertrophie anlangt, so ist es ein Fortschritt unserer Anschauung, dass wir sie nicht mehr als eine Krankheit, sondern als den Ausgleich einer Krankheit ansehen, dass sie nicht zu bekämpfen, sondern zu unterstützen ist. Selbstverständlich, da die Hypertrophie der Ausdruck einer schweren Alteration im Herzen, dem arteriellen System oder den Nieren ist, wird uns der Grad derselben ein Maassstab für die Grösse und Schwere dieser Störung sein und so die Prognose beeinflussen. Und dann wissen wir, dass häufig Herzschwäche zu der Hypertrophie hinzutreten kann.

Die Dilatation ist von der Hypertrophie streng zu unterscheiden, was nicht schwer ist, weil meist mit der Dilatation sich Störungen der Respiration und Circulation verbinden. Sie gibt eine viel trübere Prognose, als die Hypertrophie, denn sie ist der Ausdruck einer Schwächung und Dehnung der Herzmusculatur. Je grösser die Dilatation, um so grösser die Gefahr. Für die Prognose entstehen die Fragen: 1) ob jede Dilatation gleichwerthig ist?, 2) ist eine Dilatation besserungs- und heilungsfähig?

Für die erste Frage ist von Wichtigkeit, dass die schnell entstandenen Dilatationen eine bessere Prognose gestatten, als die chronisch entstandenen. Die ersteren, die allerdings niemals erheblich wären, besonders nach acuten Krankheiten, Gelenkrheumatismus, können rückgängig werden; die leichtesten Formen sind diejenigen, die sich nicht durch eine Vergrösserung der Dämpfungsfigur, sondern nur durch Galoppgeräusch kundgeben. Ebenso können heilen die acut entstandenen Dilatationen durch Ueberanstrengung, auch solche die mit Klappenfehlern combinirt sind. Bei zweckmässigem Verhalten kann der Spitzenstoss um 2 cm und mehr zurückrücken. Es handelt sich hier stets nur um Dilatationen des linken Ventrikels; denn diejenigen des rechten sind prognostisch wenig bedeutend, weil sie sehr acut entstehen und verschwinden können.

Die chronischen Dilatationen dagegen geben eine recht schlechte Prognose, wenn auch keine absolut schlechte. Jedenfalls ist eine Besserung oder gar Heilung derselben sehr selten, wenn sie überhaupt vorkommt. Die Therapie kann hier wohl die Leistung des Herzens durch Digitalis u. s. w. aufbessern; aber der wichtigste Punkt, eine Kräftigung und Vermehrung der Musculatur wird selten zu erreichen sein.

Hier prätendirt die moderne Therapie der Terraincuren etc. mehr zu leisten, als das alte Verfahren. Hierfür sieht Leyden den Beweis als noch nicht erbracht an, wenn man die Dilatation des rechten Ventrikels ausschliesst. Beobachtungen über eine Verkleinerung von Dilatationen des linken Ventrikels müssen so angestellt sein, dass sie jeder Kritik standhalten. Eine Verschiebung des Herzens, irgend welche percutorische Irrthümer müssen ausgeschlossen sein. Auch das Verschwinden einer abnormen Pulsation in einem Intercostalraum beweist nichts.

3) Weakened heart, Herzschwäche, die sich bekundet durch schwachen Puls, Ohnmachten, Blässe, erfordert oft eine Prognose.

Diese ist verhältnissmässig hoffnungsvoll bei nervösen Menschen und jugendlichen Personen, welche tiefe Ohnmachten recht gut vertragen. Dagegen ist sie ausserordentlich gefährlich bei Aelteren, namentlich bei Männern mit Arteriosklerose. Ferner ist sie sehr gefährlich in fieberhaften Krankheiten, namentlich länger dauernden und im Uebergang zur Reconvalescenz. Hierhin gehört ferner die chronische Herzschwäche, das Weakened heart sensu strictiori, die Compensationsstörung bei Klappenfehlern und Muskelerkrankungen, von denen das Fettherz, das anämische Herz und das arteriosklerotische Herz die wichtigsten sind.

Auch hier will die moderne Therapie, namentlich die Herzgymnastik mehr leisten, als die alte. Es wird schwer sein, hier zu entscheiden, was die Gymnastik, was die übrige Therapie leistet, wie es auch nicht gut möglich ist, den wirklichen Einfluss manches viel gerühmten Bades zu taxiren.

Beim Fettherz ist scharf zu unterscheiden zwischen Fettumlagerung des Herzens und anderer Eingeweide bei corpulenten Personen und der fettigen Degeneration des Herzmuskels. Die erstere gibt eine fast gute Prognose, wenn sie auch Störungen der Circulation und Respiration und sogar hydropische Ansammlungen erzeugen kann. Bei erheblicher Dilatation wird die Prognose ernster, aber nicht schlecht, weil eine erhebliche Adipositas eine Verbreiterung der Dämpfungsfigur erzeugen kann, ohne dass Dilatation besteht. Bestehen aber Arteriosklerose oder Nierenerkrankungen dabei, so ist die Prognose eine üble.

Die fettige Degeneration dürfen wir annehmen bei hochgradigen Anämien; hier ist die Prognose immer ernst, richtet sich aber nach der Aetiologie der Anämie; perniciöse Anämien geben eine schlechte, chirurgische eine weit bessere Prognose.

4) Die Klappenfehler.

Die Heilbarkeit der Klappenfehler steht jetzt fest, und zwar heilen am häufigsten und nicht so ganz selten, Insufficien-

zen der Mitralis, besonders solche nach Chorea entstandene. Auch von Heilungen rheumatischer Herzklappenfehler hat Vortragender selbst einige beobachten können. Ebenso ist es thatsächlich, dass auch eine Insufficienz der Aortenklappen heilen kann; doch geschieht dies sehr viel seltener. Dabei ist dann aber die Schwierigkeit, was man denn eigentlich unter Heilung eines Klappenfehlers versteht? Das Verschwinden aller physikalischen Zeichen ist trügerisch; wenn sich zu einer Aorteninsufficienz Stenose gesellt, kann das diastolische Geräusch verschwinden, ebenso bei den sogenannten relativen Insufficienzen (Renvers). Die Prognose quoad sanationem ist also bei den Mitralinsufficienzen gar nicht so schlecht.

Zweitens handelt es sich bei Kranken mit Klappenfehlern darum, wie und wie lange ist die Krankheit zu ertragen. — Es besteht in ausgedehntester Weise die Möglichkeit, einen Klappenfehler ohne jede Störung, in vollster Compensation 5, 10, 15, 20 Jahre und länger zu ertragen. Doch ist das bekanntlich nicht immer der Fall; es wird also die Prognose von Fall zu Fall anders zu stellen sein.

Es handelt sich hier um eminent praktische Fragen: Soll man einem Menschen, bei dem man zufällig einen Klappenfehler findet, sein Leiden mittheilen oder nicht? Es giebt eine ganze Anzahl von Herzfehlern, welche ein Leben ad libitum nicht gestatten. Soll man Herzkranken das Heirathen verbieten? Das wird im Allgemeinen immer bei sehr schweren Klappenfehlern nöthig sein, nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen, deren Dilatation in der Schwangerschaft allerdings meist stark zunimmt, die aber nach der Entbindung meist schnell auf den Status quo ante zurückkehren. In der Frage der Lebensversicherung verhalten sich unsere deutschen Gesellschaften noch ablehnend gegen Kranke mit Herzfehlern, nicht so die englischen.

Für die Prognose eines gut compensirten Falles ist wichtig: a) die Form der Erkrankung. Die Insufficienz der Aortenklappen ist die ungünstigste, wenn schon auch solche Fälle 15 Jahre und mehr symptomlos ertragen wurden; weniger ungünstig sind diejenigen Fälle, wo neben dem diastolischen Geräusch der diastolische Ton noch hörbar, also nur ein kleines Löchelchen in der Klappe vorhanden ist. Es folgt dann in der Gefahrenskala die Mitralstenose, die Aortenstenose, die Mitralinsufficienz.

b) Die Intensität der Geräusche ist kein Maasstab für die Schwere einer Erkrankung; im Gegentheil finden sich dumpfe, unbestimmte Geräusche gerade häufig bei schweren Fällen.

c) Die Ursache. Wenn die Ursache der Krankheit nicht progredient ist, so ist die Prognose besser, am besten bei angeborenen Klappenfehlern, dann bei nach acuten Krankheiten entstandenen, nach Chorea, Masern, Scharlach. Die rheumatischen Klappenfehler geben eine schlechtere Prognose, weil die Krankheit die Neigung hat zu recidiviren und die abgelaufene Endocarditis von Neuem anzufachen. Zu den eigentlich progressiven Formen gehören die durch Arteriosklerose und Ueberanstrengung entstandenen Vitia. Sehr bösartig, wenn auch nicht absolut infaust ist die septische Endocarditis.

Ferner kommt für die Prognose eines Klappenfehlers in Betracht die Statur, Körperkraft, Ernährungszustand und die socialen Verhältnisse.

Hydrops bedingt eine schwerere Prognose, doch keine absolut schlechte, denn es giebt Fälle, wo sogar Heilung zu erwarten ist. Die Prognose ändert sich je nach der Form des Klappenfehlers, nach der Ursache, ob diese progressiv oder stationär ist. Arteriosklerose giebt die ungünstigste Prognose. Ferner kommt in Betracht Ernährung, Constitution, sociale Lage, Alter; diejenigen Compensationsstörungen, welche durch Complicationen hervorgerufen werden, durch Pleuritis, Bronchitis, Gravidität, können nach Beseitigung dieser complicirenden Affectionen verschwinden.

Sehr wichtig ist die Wirksamkeit der Medicamente und Heilmethoden. Wo Digitalis versagt, ist die Prognose trüber und ein umsichtig, aber erfolglos behandelter Fall bietet dem neu hinzugezogenen Arzte wenig Aussicht auf Erfolg. Oertel's Methode der Wasserentziehung ist nach seiner Angabe nur da von günstigen Auspicien, wo sich bald nach der Wasserentziehung die Excretion mindestens auf das Doppelte der Einfuhr steigert.

Ueber die Prognose einiger besonderer physikalischer und physiologischer Symptome. Herzgeräusche geben verschiedene Prognose. Am besten stellen sich systolische Geräusche, welche sehr häufig accidentell sind, verschwinden können; aber auch die wirklich endocardialen Geräusche, besonders die über der Spitze, sind in Bezug auf Heilung und Function von ziemlich guter Prognose, weniger gut diejenigen über der Aorta, welche besonders bei älteren, arteriosclerotischen Personen trübe Aussichten eröffnen. Recht günstig stellen sich systolische Venengeräusche. Diastolische Geräusche accidenteller Art kommen zwar vor, sind aber ganz extrem selten. Darum sind sie, ausser über den Venen, immer ernst zu nehmen.

Intermittenz des Pulses, so sehr sie die Patienten zuweilen beängstigt, ist fast nie ein Signum mali ominis. Sie wird bei Kranken und Gesunden in jedem Lebensalter beobachtet. Hervorgerufen wird sie meist von Reflexen aus dem Unterleibe durch Erregung und Ueberanstrengung.

Auch Arhytmie des Pulses ist bedeutungslos. Etwas bedenklicher, wenn auch nicht gerade bedrohlich, ist das Delirium cordis, während der Tremor cordis, als ein Symptom grosser Tachycardie verbunden mit Herzschwäche, ein böses Zeichen ist.

Vermehrung der Pulsfrequenz bei Erwachsenen über 120 wird als ein schlimmes Symptom angesehen, weil man sich vorstellt, dass eine derartige Arbeit das Herz ermüden müsse. Bei Kindern mit acuten Exanthemen sind hohe Pulsfrequenzen nichts Auffallendes; sonst mag im Allgemeinen jene Ansicht richtig sein. Ausgenommen ist der Morbus Basedowii, wo weit höhere Pulszahlen gut vertragen werden, wenngleich auch hier eine Grenze existirt, wo die Gefahr beginnt. Seltene Fälle beweisen, dass wochenlang eine Pulsziffer von 140 und darüber ausgehalten wird, auch bei Pneumonie, wenn auch für die Mehrzahl der Fälle das Wort von Fräntzel gilt, dass die Pulsfrequenz für die Prognose weit wichtiger ist, als die Respiration.

Dann giebt es Fälle von paroxysmaler Vermehrung der Pulsfrequenz, die ätiologisch noch nicht aufgeklärt sind, wo tagelang enorme Ueberzahlen zu beobachten sind. Die Prognose ist ziemlich gut, weil es sich meist um nervöse Leiden handeln wird. Ebenfalls gut ist sie bei der Tachycardie nach Erregungen und in der Reconvalescenz.

Die Bradycardie ist viel seltener und meist ein gutartiges Symptom, z. B. in der Reconvalescenz, beim Icterus und nach Gebrauch von Digitalis, nach dem man Frequenzen bis auf 20 beobachten kann.

Stokes sah zuerst einige Fälle permanenter Bradycardie, welche mit Schwindel, Ohnmacht u. s. w. einhergeht, ein einigermassen ernster, wenn auch nicht allzu böser Zustand. Leyden hat einen Patienten, der seit 10 Jahren eine Pulsfrequenz von 24—20 Schlägen hat. Die Prognose ist ziemlich schlecht, weil der Exitus subitus droht.

Aus alledem geht hervor, dass wir Aerzte gerade auf dem Gebiete der Prognosis dubia mit Umsicht und Energie durch die Mittel der internen Therapie viel leisten können und dass der allzugrosse Pessimismus unberechtigt ist.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Originalbericht.)

Sitzung am 8. April 1889.

Vorsitzender: Herr Sander. Schriftführer: Herr Bernhardt.

(Schluss.)

2) Herr **Oppenheim: Ueber einen Fall von Hirntumor.**

Ein 22jähriger Arbeiter wurde am 23. Februar 1883 in die Charité aufgenommen. Er will zu Anfang 1889 erkrankt sein mit Zuckungen in der linken Körperhälfte. Am 7. Januar trat zuerst ein Krampfanfall, ohne Bewusstseinsverlust auf. Die

Krämpfe wiederholten sich seitdem, gingen aber bald vom Bauche, bald von der rechten Schulter oder von dem rechten Beine aus; immer blieben sie auf die rechte Körperhälfte beschränkt, führten eine gewisse Erschwerung des Sprechens mit sich, aber keine Aphasie, keinen Verlust des Bewusstseins, und dauerten einige Minuten bis zu einer Viertelstunde. Unbestimmter Kopfschmerz. Schwäche in Hand und Fuss rechterseits und stumpfes Gefühl in der rechten Körperhälfte. Bei der Aufnahme des Status im Krankenhause machte der Patient durchaus nicht den Eindruck eines mit einem schweren Hirnleiden Behafteten; er war nichts weniger als somnolent, gab sehr klare Auskunft u. s. w., so dass man an eine nur functionelle Störung hätte denken können. Aber: es bestand Stauungspapille, zuerst nur rechts, später beiderseits. Also war ein tumor cerebri anzunehmen. — Der Schädel zeigte keine Narbe, auf Percussion keine schmerzhafte Stelle. Das rechte Bein und der rechte Arm waren paretisch. Das Kniephänomen rechts gesteigert; recht Mund-Facialis leicht paretisch. Auf der ganzen rechten Körperhälfte herabgesetzte Sensibilität, auch der Cornea-Reflex rechts schwächer. Die Sinnesfunctionen intact. — Keine Herabsetzung des Pulsfrequenz. Leichte Ataxie der beiden rechten Extremitäten.

Die Frage nach dem Sitze des Tumor war sonach nicht genauer zu beantworten, als dass er in der motorischen Zone der linken Hemisphäre sitzen müsse. Von einer Operation musste daher abgesehen werden.

Unter Gebrauch einer Mischung von Jod- und Bromsalzen sistirten die Krämpfe bis zum 13. März. An diesem Tage traten Paraesthesien der rechten Körperhälfte auf, denen schnell Coma folgte: Patient musste gefüttert werden; die rechten Extremitäten waren ganz schlaff. Am 18. März starb Patient.

Die Autopsie ergab: Feste Verwachsung der Pia mit dem Gehirn in der Ausdehnung des oberen Scheitelläppchen und des obersten Theils der hinteren Centralwindung: ebendaselbst war ein gelb-röthlich durchschimmernder, fester, nur stellenweise fluctuirend anzufühlender Tumor nachweisbar, der ausser den oben genannten Bezirken auch noch Theile des lob. paracentralis und des Praecuneus einnahm. Der Tumor zeigte sich auf dem Durchschnitt reichlich von Blutmassen durchsetzt und erwies sich als angiomatöses Rundzellensarkom.

Discussion: Herr Remak hat denselben Patienten im Beginn seiner Krankheit behandelt und kann darum die Beobachtungen des Herrn Oppenheim ergänzen. Anfänglich hatte er Zuckungen im rechten Beine, eine deutliche rechtsseitige Ovarie, rechtsseitige Hemianaesthesie und zeigte auf faradische Pinselung auffallende Besserung. Herr R. stellte deshalb die Diagnose auf Hysterie. Später kamen auch Zuckungen im rechten Arm, am 18. Januar Erbrechen, am 21. Januar rhytmische Zuckungen im Extensor quadriceps vor; Druck auf die rechte Bauchgegend war jetzt indifferent. Das rechte Kniephänomen war verstärkt. Die Zuckungen machten den Eindruck corticaler Epilepsie. Die Zuckungen der rechten Bauchhälfte wiesen (nach Seguin) auf das Paracentral-Läppchen. Dabei war das rechte Ohr ganz gefühllos. Die Ohrregion aber verlegt Munk an die fossa Sylvii. Wo sass also der Tumor? — Auch Remak würde nicht zu operativem Eingreifen gerathen haben.

Herr Remak erinnert sich dabei eines $11^1/_2$jährigen Knaben, der früher einmal auf den Hinterkopf gefallen war; er bekam weder Erbrechen noch Störung des Bewusstseins und war nach 8 Tagen wieder ganz gesund. Aber nach 6 Wochen Zuckungen im linken Bein und Bauch, sowie Kopfschmerzen. Es traten etwa 8 Tage lang häufige Anfälle auf. Aber Bromsalze bewirkten völlige Genesung. Erst nach einem Jahre — nach einem leichten Schlag auf den Kopf — wieder Anfälle; Zuckungen links im Leib und Beine, später auch im Arm; linkes Bein paretisch; rechts neben der Sagittalnaht eine schmerzhafte Stelle. Sehnenphänomene unverändert. Remak beobachte selbst einen Anfall, in welchem die Zuckungen im linken Oberschenkel begannen, nach dem Bauch, dem Hals, der Schulter weitergingen. Sprache und Sensibilität war dabei intact. — Es wurde corticale Epilepsie angenommen, der Knabe mit einer Eisblase zu Bett gelegt und ihm eine Mischung von Jod- und Bromsalzen gegeben. Es trat völlige Genesung ein, die bis jetzt etwa ein Jahr lang besteht.

In Herrn Oppenheim's Fall dürfte der Tumor in der Markssubstanz entstanden und nach der Rinde hin gewachsen sein.

Herr Uhthoff: Ich möchte hervorheben, dass in Herrn Oppenheim's Fall die Stauungspapille (anfangs war nichts davon nachzuweisen) sich auffallend schnell entwickelte, aber nur auf dem rechten Auge; auf dem linken Auge entstand sie erst kurz vor dem Tode, d. h. erst 3 Wochen später, als rechts. Das ist etwas recht Seltenes, da die Stauungspapille in der Regel beiderseits auftritt.

Herr Mendel meint, dass die lokale Diagnose doch wohl ganz sicher hätte gestellt und der Operateur herangezogen werden können; freilich hätte bei der Art des Tumors die Operation dem Kranken wohl nichts nützen können.

Herr Oppenheim: Eine genaue Lokaldiagnose war nicht zu stellen, da die Zuckungen bald von hier, bald von da ihren Ausgang nahmen, Arm und Bein gleich betheiligt waren, die Percussion des Schädels auch keinen Aufschluss gab u. s. w. Ausserdem klagte der Kranke über Brummen im rechten Ohr, was auf den linken Schläfenlappen hätte hindeuten können.

3) Herr **Oppenheim: Ueber das Verhalten der Blasenfunction bei der disseminirten Sklerose.**

In den meisten neuen Lehrbüchern (Strümpell, Seligmüller) werden die Blasenstörungen bei disseminirter Sklerose als sehr selten, nur in den letzten Stadien vorkommend, bezeichnet. Erb's Angaben sind richtiger, doch auch er hält die Affection für nicht häufig. Oppenheim hat 30 ganz sichere Fälle von der betreffenden Erkrankung zusammengestellt: nur bei 6 von diesen kamen keine Blasenstörungen vor. Von den 24 anderen Fällen waren bei 4 die Blasenstörungen anhaltend vorhanden während der ganzen Krankheit, bei 20 traten sie intercurrent auf, kamen aber auch schon in den frühesten Stadien vor. — Das anfallsweise, intercurrente Auftreten der Blasenstörung ist ganz characterisch: es tritt Erschwerung des Harnlassens auf, das sich bald bis zur Verhaltung steigert; in der Regel steigern sich gleichzeitig und schnell auch die spastischen Lähmungserscheinungen; nach einigen Tagen bis Wochen bilden sich dann die Erscheinungen wieder zurück. — Von Engesser und Schüle ist dies intercurrente Auftreten bereits beschrieben worden (tonische Sphincteren-Spannung).

Es gehören demnach die Blasenstörungen zu den häufigen Erscheinungen bei der disseminirten Sklerose, treten allerdings selten anhaltend, meist intermittirend auf, fehlen aber nur in sehr wenigen Fällen gänzlich.

Gynäkologische Gesellschaft zu München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung am 26. October 1888.

Vorsitzender: Herr Gossmann. Schriftführer: Herr Issmer.

(Schluss.)

Herr Minopulos — als Gast — hält seinen angekündigten Vortrag über das **Creolin und seine Verwendung in der Geburtshilfe.**

Der Vortrag ist in extenso in der Münchener medicinischen Wochenschrift (1888, Nr. 45) veröffentlicht.

In der sich anschliessenden Discussion hebt Herr Gossmann die desodorisirende Wirkung des Creolins nochmals hervor, führt jedoch als Nachtheile dieses Antisepticums einmal die Undurchsichtigkeit der Lösung und die dadurch verursachte Beeinträchtigung des Gesichtsfeldes und zum andern die individuelle verschiedene Reaction bei Bespülungen selbst bei geringem Concentrationsgrad an; es gäbe Patientinnen, welche bei $^1/_2$ Proc. Creolinlösung ein derartiges Brennen empfänden, dass sie die Spülungen auf die Dauer nicht ertragen könnten.

Herr Rotter schliesst sich den vorgebrachten Einwänden an, betont die starke locale Reizung, welche sich bis zur Erythembildung steigere und bekämpft schliesslich die Annahme der absoluten Ungiftigkeit des Creolins im Hinweis auf jenen von Rosenbach aus der Breslauer Klinik mitgetheilten Fall,

in welchem binnen 5 Stunden nach der Creolinausspülung Collapserscheinungen auftraten, denen der Exitus lethalis folgte. Der Fall wäre nicht anders als Creolinvergiftungsfall aufzufassen, da einmal in der Annahme einer Herzparalyse oder ganz acuten Septichaemie absolut kein pathologischer Befund vorhanden war und zum andern der Mageninhalt im Urin ganz intensiv nach Creolin roch.

Herr Winckel bemerkt zum Schluss, dass in hiesiger Frauenklinik das Creolin nicht bloss bei Kreissenden und Wöchnerinnen, sondern auch bei gynäkologisch Kranken angewandt worden sei. Bei einzelnen Individuen habe nach Ausschabung und Cauterisation bei Carcinomen eine sehr verdünnte Lösung (5 Tropfen auf 1 Liter) ein derartiges Brennen verursacht, dass von der weiteren Anwendung abgesehen werden musste. Dieser Umstand der stärkeren Reaction einzelner Individuen würde jedoch die weitere Anwendung des Creolins in der Geburtshilfe nicht einschränken, dieselbe wird im Gegentheil weiter fortgesetzt, es spräche die Thatsache, dass bei $^1/_2$jährigem Gebrauch noch nie, auch bei starker Concentration, ein Intoxicationsfall bekannt geworden sei, zu sehr zu Gunsten dieses Antisepticums im Verhältniss zu den bisher gebräuchlichen.

Sterbekassaverein der Aerzte Bayerns. A. V.

Statuten.

(Schluss.)

VI. Abschnitt.

Von dem Vereinsvermögen und von den Leistungen an die Hinterbliebenen verstorbener Mitglieder.

§ 20. Die Eintrittsgelder und Jahresbeiträge sind nach Abzug der Verwaltungskosten zur Leistung der statutenmässigen Zahlungen an die Relikten zu verwenden.

Soweit dem Vereine Schankungen oder sonstige Zuwendungen gemacht werden, sind nur die Zinsen derselben zu Vereinszwecken zu verwenden, während die Kapitalien als Stockfond zu verwalten sind.

Die Generalversammlung ist jedoch berechtigt, in Fällen besonders grossen und dringlichen Bedarfs zu beschliessen, dass auch der Stockfond ganz oder teilweise zu Vereinszwecken verwendet werde.

Bei Besserung der Lage ist soweit möglich das dem Stockfond entnommene Kapital demselben zurück zu geben.

§ 21. Zur Empfangnahme der nach den Satzungen an die Relikten der Mitglieder auszuzahlenden Beträge sind an und für sich die gesetzlichen Erben berechtigt.

Der Verein ist jedoch mit Rücksicht auf den Vereinszweck, nach welchem die Auszahlung unmittelbar nach dem Todesfall geschehen soll, berechtigt, den Betrag derjenigen Persönlichkeit auszuzahlen, welche zunächst von dem Tode des Mitgliedes Anzeige erstattet, die Auszahlung des Betrages an sie beantragt, und nach ihrer Stellung zu dem Verstorbenen als empfangsberechtigt erachtet werden kann.

Sollte sich später herausstellen, dass eine weitere Persönlichkeit auf den Betrag Anspruch macht, so hat sich letztere mit dem wirklichen Empfänger auseinanderzusetzen und ist der Regress gegen den Verein wegen unrichtiger Auszahlung des Betrages ausgeschlossen.

§ 22. Nachdem satzungsgemäss der den Relikten zu leistende Betrag zur Deckung der infolge des Todes eines Mitgliedes den Relikten erwachsenden dringlichen Auslagen und momentanen Bedürfnisse zu verwenden ist, ist eine Pfändung oder Beschlagnahme dieses Betrages zu Gunsten von Gläubigern des verstorbenen Mitgliedes oder seiner Relikten ausgeschlossen.

§ 23. Die Relikten haben von dem Todesfalle dem Vorstande Anzeige zu erstatten, und ihre Berechtigung zum Empfange des Betrags durch Angabe ihrer Stellung zu dem Verlebten, und soweit möglich auch durch Bescheinigung ihres Anspruches darzulegen.

Der Vorstand ist berechtigt aber nicht verpflichtet, die Vorlage eines Todenscheines, oder eines Erbschaftszeugnisses zu verlangen.

§ 24. Wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Mitgliedes von dessen Relikten ein Anspruch auf den Betrag bei dem Vorstande nicht erhoben worden ist, wird angenommen, dass die Relikten zu Gunsten des Vereins auf den Betrag verzichten, und ist eine nachträgliche Geltendmachung des Anspruchs ausgeschlossen.

Der Vorstand ist jedoch berechtigt, aber nicht verpflichtet, wenn ein Anspruch nach dieser Zeit erhoben und gleichzeitig ausserordentliche und triftige Gründe für die Verspätung geltend gemacht werden, den Betrag auch nach Ablauf des Jahres zu bezahlen.

§ 25. Stirbt ein Mitglied innerhalb des Kalenderjahres, in dem er dem Vereine beigetreten ist, so erhalten die Relikten lediglich den bezahlten Jahresbeitrag zurückvergütet.

Stirbt ein Mitglied innerhalb des zweiten bis inclusive vierten Kalenderjahres seit seinem Eintritt, so erhalten die Relikten einen Betrag von 100 Mark.

Stirbt ein Mitglied nach mehr als 4 Jahren seit seiner Zugehörigkeit zum Vereine, so erhalten die Relikten einen Betrag von 200 Mark.

Bei Berechnung dieser Zeiträume wird angenommen, dass jedes im Laufe eines Kalenderjahres eingetretene Mitglied vom 1. Januar des betreffenden Jahres innerhalb dessen er eintrat, Mitglied geworden ist. Dagegen hat das betreffende Mitglied auch bei späterem Eintritt für das ganze Kalenderjahr den vollen Beitrag zu bezahlen.

Von den, den Relikten zu bezahlenden Beträgen werden alle nach den Büchern des Vereines rückständigen Mitgliedschaftsbeiträge in Abrechnung gebracht.

§ 26. Ausser den ziffermässig festgesetzten Beträgen erhalten die Relikten noch ausserordentliche Prämien, deren Höhe sich einerseits nach dem Vermögensstande des Vereins, anderseits nach der Zahl der Mitgliedschaftsjahre des Verlebten richtet.

Nur die Relikten von Mitgliedern, die mehr als 5 Jahre lang dem Vereine angehört haben, können Anspruch auf Prämien erheben, und bleiben daher auch bei Berechnung der Prämien die ersten fünf Mitgliedschaftsjahre ausser Ansatz.

§ 27. Am Schlusse eines jeden Jahres hat der Vorstand festzusetzen, welcher Betrag für ein einrechnungsfähiges Mitgliedschaftsjahr bei Berechnung der im nächsten Jahre auszuzahlenden Prämie zu Grund gelegt werden soll.

Die Relikten erhalten als Prämie denjenigen Betrag, der sich aus der Multiplikation der einrechnungsfähigen Mitgliedschaftsjahre mit der eben erwähnten Grundziffer ergibt.

VII. Abschnitt.

Dauer und Auflösung des Vereines.

§ 28. Die Auflösung des Vereines kann nur durch Beschluss der Generalversammlung erfolgen.

Anträge auf Auflösung müssen mindestens 14 Tage vor der Generalversammlung bei dem Vorstande eingereicht werden.

Hinsichtlich der Bekanntmachung solcher Anträge gilt die Bestimmung des § 13.

Die Auflösung kann nur beschlossen werden, wenn mindestens die Hälfte der Vereinsmitglieder in der Generalversammlung erschienen oder vertreten ist, und die absolute Majorität für die Auflösung gestimmt hat.

§ 29. Die Generalversammlung, welche die Auflösung des Vereines beschliesst, hat gleichzeitig auch über die Art und Weise der Liquidation des Vereins und über dessen Vermögen zu beschliessen.

Der letzte Vorstand hat auch die Liquidation durchzuführen. Die Generalversammlung kann aber auch zu dem erwähnten Zwecke einen aus 3 Mitgliedern bestehenden Liquidationsausschuss bestellen, der in dieser seiner Eigenschaft durch das Wahlprotokoll legitimirt wird.

Die erfolgte Auflösung ist durch den letzten Vorstand bei Gericht anzuzeigen und kommt von dem Zeitpunkt, in welchem die Generalversammlung die Auflösung beschliesst, keine neue Verbindlichkeit zu Leistungen an die Relikten zum Entstehen.

VIII. Abschnitt.

Aenderung der Satzungen.

§ 30. Eine Aenderung der Satzungen kann nur durch Beschluss der Generalversammlung mit absoluter Mehrheit der bei derselben erschienenen oder vertretenen Mitglieder erfolgen.

Anträge auf Aenderung der Satzungen müssen rechtzeitig (§ 13 der Satzungen) auf die Tagesordnung der Generalversammlung gestellt werden.

Verschiedenes.

(Die neu gegründete französische Ecole de santé militaire) bildet nach Zweck und Einrichtung ein ähnliches Institut wie das von König Friedrich Wilhelm gegründete, mit der medicinischen Facultät der Berliner Universität zusammenhängende Friedrich Wilhelms-Institut zur Heranbildung von Studirenden der Medicin zu Militärärzten. Die Eleven der Ecole de santé militaire in Lyon müssen ihre wissenschaftliche Vorbildung zum Studium der Medicin durch das Diplom de bachelier ès-lettres und durch das Diplom de bachelier ès-scienses (Mathematik erlassen) nachweisen, militär-diensttauglich sein, in dem Institut — in welchem sie militärischer Ordnung unterworfen sind — jährlich 1000 Francs Pension zahlen und ausserdem noch für ihre Ausstattung das sogenannte trousseau-Geld hinterlegen, welches für 1890 auf 1000 Francs festgesetzt ist. Nachweislich unbemittelten Eleven wird dieses trousseau-Geld ganz oder theilweise nachgesehen. Jeder Eleve muss vor seinem Eintritt in die Militär-Gesundheitsschule sich verpflichten, von dem Tage ab, an welchem er nach Entlassung vom Institut zum médicin aide-major zweiter Classe befördert wird, noch mindestens 6 Jahre im Sanitätscorps des Heeres weiterzudienen. Bei Gelegenheit der oben erwähnten Beförderung werden die Eleven in die Categorie der 5 Jahre gedienten Soldaten eingesetzt. Man erwartet von dieser neuen Militär-Gesundheitsschule die Heranbildung eines tüchtigen Kerns für das Sanitätsofficiercorps, welches mancherlei zu wünschen übrig lassen soll und vielleicht auch numerisch nicht ausreicht.

(Bädernachrichten.) Aus Bad Kohlgrub wird uns mitgetheilt, dass der stets zunehmenden Frequenz entsprechend das Badehaus vollständig umgebaut und um 17 neue Badecabinen vergrössert wurde, sowie dass eine Anzahl neuer Zimmer erbaut wurden, so dass für die diesjährige Saison im Ganzen ca 100 neue Fremdenzimmer zur Verfügung stehen. Auch der Speisesaal im Curhaus sowie die Restaurationslocalitäten wurden erweitert. Die das Bade-Etablissement umgebenden Parkanlagen wurden durch Einsetzen grosser Bäume in diesem Winter wieder bedeutend ausgedehnt. Zu erwähnen ist ferner die Errichtung einer Post- und Telegraphenstation »Bad Kohlgrub« im Kurhause. Mit dieser Neuerung tritt eine viermalige Postverbindung ein und den Badegästen wird die grosse Annehmlichkeit geboten, mittelst Postwagen bis in's Bad fahren zu können. — Wir fügen diesen Mittheilungen der Badeverwaltung hinzu, dass nach der Uebersiedelung des bisherigen Badearztes Dr. Gabler nach München, das Bad in der Person des Collegen Cl. Paster von hier eine äusserst tüchtige ärztliche Kraft gewonnen hat.

Therapeutische Notizen.

(Suspensions-Behandlung von Nervenkrankheiten.) Ueber die von Charcot neuerdings in Anregung gebrachte Behandlungsmethode werden nun von den verschiedensten Seiten Erfahrungen veröffentlicht, denen allerdings der Mangel anhaftet, dass sie sich auf eine nur kurze Beobachtungszeit stützen. Dr. Dana-New-York theilt dem Medical-Record (13. April) mit, dass er das Verfahren in 16 Fällen mit 125 Suspensionen, darunter 6 Fälle von Tabes, 1 Fall von Friedreich'scher Krankheit, ferner Fälle von Paralysis agitans, Myelitis transversa, Hemiplegie, und sexuelle Neurasthenie angewendet habe. Bei einem Tabiker (16 Suspensionen) wurde Besserung des Gangs und der Schmerzen in den Unterextremitäten erzielt; bei einem anderen leichte Besserung (10 Suspensionen); bei einem dritten kein Erfolg nach 7 Suspensionen. Bei den übrigen Tabikern vorläufig nach kurzer Behandlungsdauer vorübergehender Erfolg. Ein Fall von Paralysis agitans fühlte sich nach 2 Suspensionen viel besser, ein anderer nach 9 etwas besser. Am meisten Erfolg verspürte der Kranke mit Myelitis transversa, der bedeutend an Kraft und Freiheit der Bewegungen gewonnen haben soll; auch die Fälle von cerebraler Hemiplegie und von Friedreich'scher Krankheit fühlten sich gebessert.

In einer Discussion über das »tabetische Auge« in der Pariser medicinischen Gesellschaft (Progr. méd.) behauptete Abadie einen günstigen Einfluss der Suspension auf die Sehschärfe beobachtet zu haben; besonders deutlich sei aber die günstige Wirkung auf andere functionelle Symptome, insbesondere auf Störungen der Harnentleerung.

Althaus (Lancet, 13. April) sucht die Wirkung der Suspension anatomisch zu erklären; dieselbe zerreisst die meningitischen Adhäsionen, welche die Hinterstränge umgeben und verleiht so den Nervenfasern, speciell den oberflächlicheren, eine bessere Leistungsfähigkeit. Diese Ansicht scheint in der Thatsache eine Stütze zu finden, dass die Suspension in alten Fällen besser wirkt als in frischen, und dass sie bei den letzteren Entzündungserscheinungen hervorruft. Die Suspension wirkt andererseits nach Althaus auf die sklerosirte, verdichtete und fibröse Neuroglia dadurch ein, dass sie dieselbe lockert und zerreisst und auf diese Weise eine Verminderung des auf die darunter befindlichen Nervenfasern ausgeübten Druckes herbeiführt. Auch scheint nach Althaus die Suspension in manchen Fällen einen wohlthätigen Einfluss auf das verlängerte Mark auszuüben, die vasomotorischen Centren sowie die der Herzthätigkeit und der Verdauung zu stimuliren. Er hält die Suspension für angezeigt bei: Tabes im zweiten Stadium, bei Paralysis agitans, spastischer Spinalparalyse, amyotrophischer Lateralsklerose und functioneller nervöser Prostration.

Endlich veröffentlicht Weir Mitchell in Americ. Journ. of the med. Sc. Mai 1889 eine Abhandlung über die Behandlung der Pott'schen Paralyse durch Suspension, die er übrigens nicht auf die Initiative Charcot's hin anwendete, sondern für welche er die Priorität seinem Vater, Prof. J. K. Mitchell (Americ. Journ. Med. and Surg. Jan. 1826) zuspricht. M. glaubt, dass der günstige Erfolg, der namentlich bei frischen Fällen beobachtet werde, nicht allein durch den Einfluss der Suspension auf die Verkrümmung der Wirbelsäule zu erklären ist, sondern dass der Zug auch direct auf das Rückenmark einwirkt.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 14. Mai. Als Nachfolger des Herrn Regierungsrath Renk, der im October als Professor der Hygiene nach Halle übersiedelt, tritt demnächst, zunächst als commissarischer Hilfsarbeiter, Dr. Ohlmüller, praktischer Arzt in Nürnberg, früher mehrjähriger Physikatsassistent beim k. Bezirksarzt der Stadt Nürnberg, in das Reichsgesundheitsamt ein.

— Die Gemeindecollegien der Stadt München haben die Gratisabgabe eines geeigneten Bauplatzes für die Errrichtung eines weiteren Reconvalescentenhauses beschlossen.

— Am 26. April hat in Heidelberg eine Sitzung des zu Cöln gewählten Vorstandes der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte stattgefunden, um auf Grund der Cölner Beschlüsse diejenigen Statuten-Vorschläge zu vereinbaren, welche der diesjährigen Naturforscher-Versammlung im September zu endgiltiger Beschlussfassung vorgelegt werden sollen Der festgestellte Entwurf soll demnächst in extenso veröffentlicht werden.

— Für den 1. Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, der wie schon früher mitgetheilt, am 10., 11. u. 12. Juni d. J. in Prag abgehalten werden wird, ist das Programm nunmehr fertiggestellt. Es werden 6 Sitzungen stattfinden, zu welchen 43 Vorträge und Demonstrationen von 29 Rednern angemeldet wurden. In der Liste der letzteren sind die Namen der meisten hervorragenden deutschen Dermatologen vertreten.

— Das Wiener Stadtphysikat hat dem Magistrat einen Antrag unterbreitet, der dahin zielt, das Feilhalten zubereiteter Arzneien jeder Art und Form, sowie auch das Ankündigen solcher gegen bestimmte Krankheiten allgemein zu verbieten.

— Ueber die Grösse und Auffälligkeit der Hausschilder der Aerzte urtheilt man auch in Amerika wie anderwärts. Je grösser das Schild, desto kleiner der Doctor. Ein gesuchter Arzt hat nicht nöthig, »die Becken herauszuhängen«. As a general rule, schrieb neulich The Medical Record, the bigger the sign the poorer the doctor. (Sächs. Corr.-Bl.)

— In Bezug auf den in unserer vorigen Nummer mitgetheilten Beschluss, den die Pariser Académie de Médecine betreffs der neueren Heilmittel angenommen hat, bringt die »Vossische Zeitung« folgende Mittheilung aus Paris vom 1. Mai d. J.: »Es wird nicht oft vorgekommen sein, dass eine gelehrte Gesellschaft einen grossen Theil ihrer regelmässigen Wochensitzung der Berathung über die Frage gewidmet hat, wie man das Gesetz zum Schutze des Erfinder-Rechtes umgehen und fremde Erfinder um die Vortheile ihres rechtmässig erworbenen Patentes prellen könne. Dieses Schauspiel gab aber gestern die Académie de Médecine. Gewisse sehr wirksame neuere Heilmittel, die wegen ihrer Zuverlässigkeit grosse Verbreitung gefunden haben, wie Antipyrin, Sulfonal etc., sind zuerst in Deutschland fabrikmässig hergestellt und mit den Namen versehen worden, unter denen sie jetzt in der Heilwissenschaft bekannt sind. Die deutschen Erzeuger haben auf sie in Frankreich Patente genommen und die französischen Apotheker müssen sie von den deutschen Fabrikanten beziehen, was sie um so mehr ärgert, als die Erzeugung der betreffenden Stoffe kein Geheimniss, sondern wissenschaftliches Gemeingut ist. Das Patent-

gesetz ist aber unbequem deutlich und bestimmt und gestattet nicht, dass ein Franzose »Sulfonal« oder »Antipyrin« herstelle und als solches verkaufe. Wie nun der Nothwendigkeit entgehen, dem arglistigen Prussien seinen Erfinderlohn zu bezahlen? Darüber belehrt ein Beschluss, den die Académie kürzlich auf Antrag des Hrn. Dujardin-Beaumetz mit allen gegen eine Stimme fasste: Die Aerzte sollen nach wie vor Antipyrin, Sulfonal etc. verschreiben, wie sie es gelernt haben, die Apotheker das Mittel auch liefern, jedoch in ihren Büchern mit dem wissenschaftlichen chemischen Namen einschreiben, d. h. z. B. »Dimethyloxychinizin« für Antipyrin etc. Diese Stoffe aber können sie selbst bereiten. — So ist das Patentgesetz umgangen und der Prussien hat das Nachsehen.«

— Der Branntwein-Consum in Holland hat im Jahre 1888 zum ersten Male eine geringe Abnahme erfahren, nachdem bis dahin die Zunahme eine jährlich fortschreitende gewesen war. Der Verbrauch betrug 395 547 Hektoliter gegen 396,041 im Jahre 1887. Wenngleich nur langsam, scheint die wohlthätige Wirkung der neuen holländischen Schenkgesetzgebung gegen das bis dahin wachsende Uebermaass des Schnapsgenusses sich doch zu bewähren. (C. f. allg. G.)

— Zur Nahrungsmittelfälschung. In Cöln besteht eine Fabrik, die sich mit der Herstellung künstlich erzeugter Caffeebohnen befasst; dieselben bestehen aus geröstetem Kornmehl und Dextrin. Die Erzeugung eines Centners dieses Kaffees kommt, alle Kosten inbegriffen, auf etwa 20 M. zu stehen. Als Absatzgebiet müssen jene Länder herhalten, in denen nicht wie in Deutschland ein streng gehandhabtes Nahrungsmittelgesetz besteht.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Geheimrath Westphal ist durch Krankheit verhindert, im Sommerhalbjahr seine Lehrthätigkeit an hiesiger Universität auszuüben. Mit seiner Vertretung sind seine Assistenten, die Privatdocenten Dr. Siemerling und Dr. Oppenheim, betraut worden. Ersterer wird über Irrenheilkunde, Letzterer über Nervenkrankheiten lesen. Nachdem Prof. Boltzmann (Graz) die Berufung nach hier als Ordinarius der theoretischen Physik zum Ersatz für Prof. Gustav Kirchhoff abgelehnt, hat man einstweilen davon Abstand genommen, den Lehrstuhl der theoretischen Physik wiederum mit einem ordentlichen Professor zu besetzen, und vielmehr den ausserordentlichen Professor in Kiel, Dr. Max Planck aus München damit beauftragt, den Unterricht in der theoretischen Physik an hiesiger Universität zu ertheilen. — Constantinopel. Der Sultan hat 500,000 Piaster zur Erbauung neuer Kliniken und Laboratorien für die hiesige medicinische Schule angewiesen. — Heidelberg. Die Professoren Dr. F. A. Kehrer und K. L. Fürstner wurden zu Hofräthen ernannt. — Petersburg. Die Regierung wird, wie dies bereits in Frankreich der Fall ist, die Collegiengelder abschaffen, natürlich unter Erhöhung der Gehälter der Professoren. — Philadelphia. An hiesiger Universität sind Dr. De Forest Willard zum Professor der orthopädischen Chirurgie, Dr. Piersol zum Professor der Histologie und Embryologie und Dr. Dixon zum Professor der Hygiene ernannt worden.

(Todesfall.) In Hamburg starb der Director des dortigen botanischen Gartens, Prof. Dr. Reichenbach im Alter von 66 Jahren.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung. Dr. Karl Joseph Rhein in München.

Verzogen. Dr. Eduard Speth von Tittmoning nach Münchberg; Dr. Ochsenkuhn von Parsberg nach Schmidmühlen; Dr. v. Orff von München (zum Stabsarzt nach Ingolstadt befördert); Dr. Ludwig Hartle von Prien nach München.

Beförderungen. Der Unterarzt Dr. Eustach Kaiser des 12. Inf.-Reg. zum Assistenzarzt II. Cl. in diesem Truppentheil; zu Unterärzten II. Cl. in der Reserve die Unterärzte Dr. Hermann Schickhardt, Dr. Adolf Baumann, Dr. Maximilian Weinert, Dr. Rud. Wagner, Dr. Karl Wettlaufer und Ernst Evelt (I. München), Dr. Alois Schmid (Augsburg), Dr. Georg Arnold (Kitzingen) und Dr. Jakob Silbernagel (Landau); in der Landwehr 1. Aufgebots der Unterarzt Ferdinand Winter (I. München).

Abschied bewilligt. Dem Stabsarzt Dr. Karl Leineweber (Kissingen); den Stabsärzten Dr. Joseph Lochbrunner (Mindelheim) und Dr. Karl Vanselow (Ingolstadt); den Assistenzärzten I. Cl. Dr. Valentin Wille und Dr. Ignaz Huttner (Mindelheim), Wendelin Bundschu (Dillingen) — und Dr. Otto Rode (Kissingen); dem Assistenzarzt II. Cl. Dr. Wilhelm Prunhuber (I. München).

Gestorben. Bezirksarzt Dr. Hugo Redenbacher in Beilngries.

Erlediget. Die Stelle eines kgl. Bezirksarztes I. Cl. zu Beilngries.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 18. Jahreswoche vom 28. April bis 4. Mai 1889.

Brechdurchfall 8 (17*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 48 (68), Erysipelas 12 (13), Intermittens, Neuralgia interm. 4 (2), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. 1 (1)[1]), Morbilli 103 (136), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 7 (6), Parotitis epidemica 8 (8), Pneumonia crouposa 18 (26), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 29 (33), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 24 (14), Tussis convulsiva 27 (22), Typhus abdominalis 4 (6), Varicellen 16 (14), Variola, Variolois 1 (—). Summa 313 (367). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

[1]) Zugereist.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 18. Jahreswoche vom 28. April bis incl. 4. Mai 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 7 (7), Scharlach 2 (4), Diphtherie und Croup 10 (14), Keuchhusten 1 (—), Unterleibstyphus — (1), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 162 (202), der Tagesdurchschnitt 23.1 (28.9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 30.0 (37.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 19.3 (24.2), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16.1 (20.6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Fränkel, Dr. B., Prof., Der Kehlkopfkrebs und seine Diagnose und Behandlung. Leipzig, 1889. 2 M. 50 pf.

Helmholtz, H. v., Handbuch der physiologischen Optik. 2. umgearbeitete Auflage. 6. Lieferung. Hamburg, 1889.

Kopp, Dr. C., Lehrbuch der venerischen Erkrankungen. Wredens Sammlung. Bd. XIV. Berlin, 1889. 12 M.

Letzerich, Dr. Ludw., Purpura haemorrhagica. Leipzig, 1889. 1 M.

Lewin, Dr. L., Ueber Areca Catechu, Chavica Betle und das Betelkauen. Stuttgart, 1889. 6 M.

Berkhan, Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. Für Aerzte und Lehrer. Mit Holzschnitten u. 2 Tafeln. Berlin, 1889.

Cornet, Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden. S.-A.: Z. f. Hyg. VI. Bd.

Centralblatt, Internationales für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexual-Organe. Bd. I. H. 1. Hamburg, 1889. p. cplt. 20 M.

Fraentzel, Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. I. Die idiopathischen Herzvergrösserungen. Berlin, 1889.

v. Bergmann, Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. II. vermehrte und umgearbeitete Auflage. Berlin, 1889.

Ewald, Klinik der Verdauungskrankheiten. II. Krankheiten des Magens. II. neu bearbeitete Auflage. Berlin, 1889.

Beissel, Aachen als Curort. Mit 2 lithograph. Tafeln. Aachen, 1889.

Mermann, 200 Geburten ohne prophylaktische Scheidenausspülungen. S.-A.: C. f. Gyn. Nr. 16.

v. Bodelschwingh, Christlicher Rathgeber für Epileptische. Bielefeld, 1888.

Unna, Ein regulirbarer Zerstäuber. S.-A.: Mon. f. prakt. Dermat. 1888, Nr. 1.

— — Anwendung des Chloroformwassers zur Lösung von Medicamenten. Ibid. Nr. 9.

— — Die Züchtung der Oberhautpilze. Ibid. Nr. 10.

— — Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren. Ibid. 1888 und 1889.

— — Internationale Specialistencongresse. Ibid. 1888, Nr. 23.

— — Ueber Atlanten der Hautkrankheiten. Ibid. 1889, Nr. 7.

Ahlfeld, Die Reorganisation des Hebammenwesens. Entwurf einer neuen Hebammenordnung. S.-A. Z. f. Geburtsh. und Gyn.

Seggel, Die ophthalmologischen Kennzeichen der Hirnsyphilis. S.-A. D. Arch. f. kl. Med.

Erlenmeyer, Cas. Beiträge zu den secretorisch-trophischen Störungen der Haut bei Neuritis. Leipzig.

v. Corval, Zur Suggestiv-Therapie. S.-A.: D. Med. Ztg.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.